

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

CGM ELVI

Elektronische Videosprechstunde

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CGM ELVI

- Mein Arzt/ meine Ärztin hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch die Software CGM ELVI keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden.
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

Belehrung über das Widerrufsrecht

Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

Ort, Datum

Unterschrift