



PRAXIS FÜR KINDER-  
UND JUGENDPSYCHIATRIE  
UND -PSYCHOTHERAPIE

Heilig-Geist-Gasse 411, 84028 Landshut, Tel.: 0871/2766 80, FAX: 0871/2766 810

-----Name des Patienten-----

## Einverständniserklärung für die Videosprechstunde

### 1. Onlinekonsultation über [arztkonsultation.de](http://arztkonsultation.de)

Die Videosprechstunde ersetzt keinen Praxisbesuch, sondern stellt eine zusätzliche Möglichkeit der Behandlung dar.

### 2. Kosten der ärztlichen Leistung

Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Videosprechstunde erbrachte ärztliche Leistung entsprechend der gesetzlichen Vorschrift erfolgt.

### 3. Kosten und Nutzen des Onlinedienstes

Voraussetzung für die Nutzung des Dienstes durch den Patienten sind eine Internetverbindung, Kamera und Mikrofon sowie eine Anmeldung auf der Internetseite des Dienstes, entsprechend der dem Patienten vom Arzt übermittelten Informationen.

Die Nutzung des Dienstes ist für den Patienten kostenfrei.

### 4. Datenschutz

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erfolgt authentifiziert und verschlüsselt über einen Server, der sich in Deutschland befindet.

Personenbezogene Daten des Patienten, mit denen der Arzt über die Seite [www.arztkonsultation.de](http://www.arztkonsultation.de) kommuniziert, sind für den Dienst nicht zugänglich und werden von diesem selbstverständlich nicht gespeichert.

Ausführliche Informationen über Art und Umfang des Datenspeicherung personenbezogener Daten finden Sie auf der Seite [www.arztkonsultation.de](http://www.arztkonsultation.de) unter dem Menüpunkt „Datenschutz“

### 5. Widerrufsrecht

Die Einverständniserklärung für die Videosprechstunde kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
E-Mail-Adresse des Patienten / des gesetzlichen Vertreters

.....

Ort, Datum

.....

Name/Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters