



Einwilligungserklärung

für die Durchführung einer medizinischen Videosprechstunde

Ich, _____, geboren am: _____,
erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine medizinische Beratung und Behandlung durch Dr. medic (IMF Bukarest) Isabella Wilden mittels einer Videosprechstunde durchgeführt wird.

Ich verstehe, dass die Videosprechstunde eine alternative Methode zur persönlichen Untersuchung darstellt und dass es in einigen Fällen notwendig sein kann, eine persönliche Untersuchung durchzuführen, um eine genaue Diagnose zu stellen.

Ich verstehe auch, dass während der Videosprechstunde meine persönlichen Daten, einschließlich meiner medizinischen Informationen, übertragen werden können. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten während der Videosprechstunde übertragen werden.

Ich verstehe, dass ich das Recht habe, die Videosprechstunde jederzeit abbrechen und dass ich das Recht habe, meine Einwilligung zur Durchführung der Videosprechstunde jederzeit zu widerrufen.

Ich bestätige, dass ich die Möglichkeit hatte, Fragen über diesen Verfahren zu stellen und dass meine Fragen vollständig beantwortet wurden.

Ich bestätige, dass ich diese Einwilligungserklärung gelesen und verstanden habe und dass ich damit einverstanden bin, dass meine medizinische Beratung und Behandlung durch eine Videosprechstunde durchgeführt wird.

Unterschrift des Patienten:

Ort, Datum:
