Prof. Dr. Dr. med. Claus Muss
Praxis für Präventionsmedizin
Immunologie-Ernährungs- und Reisemedizin
St.Johann Gass 4
78462 Konstanz

Zustimmungsformular für Patienten für Zoom/Telemedizin

Terminbestätigung: DATUM: _____Uhrzeit: _____

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Telefonnummer	
Mailadresse	
Beruf/Arbeitgeber	
Krankenkasse ☐ Versicherung: Gesetzlich ☐ Freiwilliges Mitglied ☐ Privat	Name/Adresse

Diesen Formular bitte 3 Tage vor dem Zoommeeting unterschrieben der Praxis zusenden.

1. Hiermit ermächtige ich Praxis Prof. Dr.Dr.med. C. Muss, die Praxisplattform für Telemedizin zur Telekommunikation für die Befunde und Diagnose meines medizinischen Zustands zu nutzen.

2. Ich verstehe, dass vor oder während der Telemedizin-Sitzungen technische Schwierigkeiten auftreten können und mein Termin nicht wie vorgesehen begonnen oder beendet werden kann.

3. Ich akzeptiere, dass die ärztliche Besprechung per Videoanruf erfolgen kann; Ich bin jedoch darüber informiert, dass die Sitzungen auch per regulärer Sprachkommunikation durchführbar sind, sollten die technischen Voraussetzungen wie z. B. die Internetgeschwindigkeit nicht erfüllt werden können.

4. Ich verstehe, dass meine derzeitige Versicherung die zusätzlichen Gebühren der telemedizinischen Praxen möglicherweise nicht abdeckt und ich für alle Gebühren, die meine Versicherung nicht abdeckt, verantwortlich bin.

5. Ich stimme zu, dass meine medizinischen Aufzeichnungen über Telemedizin für weitere Auswertungen, Analysen und Dokumentationen aufbewahrt werden, und in all diesen Fällen meine Informationen privat gehalten werden.

Datum:	Unterschrift Patient (bzw. Erziehungsberechtigter)