

# Einwilligung Videosprechstunde

Schwerpunkt vorderer Augenabschnitt

Dr. med. J. M. Koch  
Prof. Dr. med. A. Heiligenhaus, FEBO  
Prof. Dr. med. C. Heinz, FEBO  
Priv.-Doz. Dr. med. S. Taneri

Schwerpunkt hinterer Augenabschnitt

Prof. Dr. med. D. Pauleikhoff  
Prof. Dr. med. A. Lommatzsch  
Dr. med. G. Spital  
Dr. med. M. Gutfleisch

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Hohenzollernring 74  
48145 Münster  
Tel.: 0251-9352711  
Fax: 0251-9352719  
E-Mail: [info@augen-franziskus.de](mailto:info@augen-franziskus.de)  
Internet: [www.augen-franziskus.de](http://www.augen-franziskus.de)

BELEGABTEILUNG

im St. Franziskus-Hospital  
Hohenzollernring 70

Unsere Arztpraxis bietet die ärztliche Dienstleistung „Videosprechstunde“ über das Portal [www.viomed.de](http://www.viomed.de) an. Als technische Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Videosprechstunde wird ein Endgerät mit folgender Ausstattung benötigt:

- Kamera
- Mikrofon
- Aktueller Internetbrowser (bevorzugt Google Chrome; Mozilla Firefox; Safari)
- Internet mit mindestens 2000er Leitung

Die Videosprechstunde selbst läuft direkt über den Browser innerhalb einer gesicherten – von Dritten nicht einsehbaren Verbindung ab. Installationen oder besondere PC-Kenntnisse sind nicht erforderlich.

Anbieter der Videosprechstunde ist unser Partnerunternehmen  
Facharzt-Sofort-GmbH  
Straubinger Str. 19  
94363 Oberschneiding

Die vollständige Anbieterkennzeichnung (Web-Impressum) der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomed.de/impresum>.

Die Datenschutzerklärung der Facharzt-Sofort-GmbH finden Sie unter <https://viomed.de/datschutz>.

Zur Durchführung der Videosprechstunde werden folgende Daten an die Facharzt-Sofort-GmbH übertragen:

- Praxis und Arztname
- Patientenvor- und Nachname
- Ggf. E-Mailadresse oder Handynummer zur Übersendung der Zugangsdaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, die Videosprechstunde unter den genannten Rahmenbedingungen nutzen zu wollen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

Dok.-Nr.	Erstellt von	Erst.-Datum	Revisions-Datum	Freigabe	Seiten
A-EW-08-01	Rwil	18.3.20	03/22	pm	Seite 1 von 1