



Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CGM ELVI

Hiermit erklären wir uns / ich mich mit folgenden Punkten einverstanden:

Das Kinderwunschzentrum Dresden hat uns über die Möglichkeit einer Videosprechstunde informiert und wir möchten freiwillig daran teilnehmen. Ebenfalls wurden wir darüber informiert, dass während der Videosprechstunde mittels der Software CGM ELVI keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und weiterverarbeitet werden. Wir versichern keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen. Wir haben die Datenschutzhinweise bzgl. der Videosprechstunde nach Art. 13 DSGVO zur Kenntnis genommen.

Wir erklären uns bereit, unsere Versicherungsdaten vor dem Videotermin an das Kinderwunschzentrum Dresden zu übermitteln.

Ein Widerruf an der Teilnahme ist mit vorheriger Terminabsage möglich.

Wir möchten den Zugangscode für CGM ELVI an folgende Mailadresse erhalten:

Versicherungsdaten Patientin:

Name der Krankenkasse:	
Name, Vorname des Versicherten:	
geb. am	
Krankenkassennummer:	Versicherten-Nr.

Versicherungsdaten Patient:

Name der Krankenkasse:	
Name, Vorname des Versicherten:	
geb. am	
Krankenkassennummer:	Versicherten-Nr.

Wir versichern das Bestehen des Versicherungsschutzes wie oben angegeben.

Ort, Datum

Patientin

Ort, Datum

Patient