



Aufgrund der aktuellen Situation (CoVid 19/Corona Virus) möchte ich Ihnen aus Gründen des Infektionsschutzes anbieten, zur Behandlung eine Videosprechstunde durchzuführen. Hierfür benötige ich folgende Einverständniserklärung ausgefüllt und unterschrieben zurück.

Bitte senden Sie die Erklärung als PDF-SCAN per Mail an einverstaendnis@adhock-praxis.de oder als Fax an die Fax-Nummer: **03212.3223763**

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR VIDEOSPRECHSTUNDE

Falls aufgrund von Überlegungen des Infektionsschutzes eine Durchführung meiner heilpraktischen-psychotherapeutischen Behandlung in den Praxisräumen von Herrn Hock nicht möglich ist, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Behandlung/die Behandlung meines Kindes als Videosprechstunde über ein entsprechend zugelassenes und zertifiziertes Videosystem erfolgt. Der Inhalt der Videosprechstunde wird weder von mir noch von der Praxis digital aufgezeichnet, sondern wie eine normale Sprechstunde vom Behandler dokumentiert. Mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden und erkläre mit Rücksendung dieses Formulars an Herrn Hock ausdrücklich mein Einverständnis.

Nachname:	Vorname:
-----------	----------

Ort, Datum:

Unterschrift(en):