

Einverständniserklärung zur Videosprechstunde

Hiermit erkläre ich, _____ geboren _____

mich für die Durchführung der Sprechstunde per Video mit Dipl.-Päd. Eva Weth für

mich/mein Kind, _____ geboren _____ einverstanden.

Ich versichere hiermit zudem, die Videosprechstunde nicht aufzuzeichnen, mitzuschneiden oder für andere Zwecke zu missbrauchen. Ebenso wird die Videosprechstunde nicht von Eva Weth aufgezeichnet, mitgeschnitten oder für andere Zwecke missbraucht.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Dipl.-Päd. Eva Weth

Unterschrift des/r Patienten/in
(ab dem 14. Lebensjahr)

Unterschrift der Erziehungsberechtigten