

Prof. Dr. med. Dennis Liem  
Sporthopaedicum Berlin – Bismarckstr. 45-46 – 10627 Berlin  
[info@dennisliem.de](mailto:info@dennisliem.de)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## **Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit samedi**

- Prof. Liem hat mich über die Videosprechstunde informiert und ich möchte freiwillig daran teilnehmen.
- Ich wurde darüber informiert, dass die Videosprechstunde zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, stattzufinden hat.
- Zu Beginn der Videosprechstunde hat auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen zu erfolgen.
- Weiterhin wurde ich darüber informiert, dass während der Videosprechstunde durch den Anbieter Samedi durchgeführt wird. Es gilt die Datenschutzerklärung des Anbieters (<https://www.samedi.de/datenschutz-patienten.html>)
- Ich versichere, selbst keine Mitschnitte während der Videosprechstunde aufzuzeichnen.

### **Belehrung über das Widerrufsrecht:**

Sie können Ihre Teilnahme an der Videosprechstunde jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich oder zur Niederschrift ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift