



# Kinderwunschzentrum Münster

## Information und Ablauf zur Videosprechstunde

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten ihnen die Möglichkeit zu einer Videosprechstunde mit Ihrer behandelnden Ärztin an. Sie benötigen dafür einen PC, Laptop oder Tablet mit Mikrofon und Kamera.

Als Internetbrowser ist **Chrome von Google verpflichtend**.

Über ein Smartphone funktioniert die Videotelefonie aufgrund der Software leider nur sehr eingeschränkt.

### Zum Ablauf:

1. Registrieren Sie sich für die Videosprechstunde indem Sie die Einwilligung auf der Rückseite vollständig ausfüllen, incl. Ihrer Versicherungsdaten.
2. Nehmen Sie als Paar teil, benötigen wir von Ihnen Beiden die Versichertendaten ihrer Krankenkassenkarten.
3. Sie erhalten von uns im Rahmen von 24 Stunden bis ggfs. kurz vor ihrem Videotermin eine E-Mail mit Ihren temporären Zugangsdaten für Ihren persönlichen Zugang. Der E-Mailabsender nennt sich „noreply...“ mit Betreff „Ihre Zugangsdaten...“. Schauen Sie ggfs. in ihrem Spamordner nach dieser E-Mail.
4. Klicken Sie auf den zugesandten Link und folgen Sie den dort beschriebenen Anweisungen. Nach erfolgreicher Anmeldung betreten Sie das virtuelle Wartezimmer und ihre Ärztin startet den Videotermin.



# Kinderwunschzentrum Münster

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer Videosprechstunde mit CGM ELVI

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

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

Ich/Wir erkläre/n mich/uns bereit, unsere Versicherungsdaten vor dem Videotermin an das Kinderwunschzentrum Münster zu übermitteln.

Ein Widerruf an der Teilnahme ist mit vorheriger Terminabsage möglich.

Ich/Wir möchte/n den Zugangscode für CGM ELVI an folgende Mailadresse erhalten:

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherungsdaten Patientin:

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

### Versicherungsdaten Partner/-in:

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

Ich/Wir versichern das Bestehen des Versicherungsschutzes wie oben angegeben.

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

\_\_\_\_\_  
Patientin

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

\_\_\_\_\_  
Partner/-in