



PSYCHIATRIE
IM ZENTRUM

Einwilligungserklärung für die Nutzung der Videosprechstunde

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Hiermit erkläre ich mich mit der Nutzung des Videosprechstundenprogramms X-Onvid / Patientus für die Durchführung von Videosprechstunden durch Dr. med. univ. Astrid Tontsch bzw. Dr. med. Daniela Müller einverstanden. Es handelt sich um ein von der kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziertes und zugelassenes Videosprechstundenprogramm.

Ort, Datum

Unterschrift

PRAXIS FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Dr. med. univ. Astrid Tontsch
Fachärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie

Dr. med. Daniela Müller
Fachärztin für Psychiatrie,
Psychotherapie und Neurologie

Marktplatz 55
72250 Freudenstadt
Tel.: 0 74 41 / 95 17 70
Fax 0 74 41 / 95 17 72

Bankverbindung:
Volksbank Dornstetten eG
IBAN DE59 6426 2408 0128 2410 04
BIC GENODES1VDS