

## Vertrag

Liebe Patientin,

mit der neuen und innovativen App „Meine Praxisapp“ haben Sie auch die Möglichkeit, mit mir über eine Videosprechstunde (ähnlich Face Time) zu kommunizieren. Dieser Kontakt kann jedoch nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden, da die Krankenkassen über den Gesetzgeber die Inanspruchnahme der Videosprechstunde detailliert definiert und beschrieben haben wie z.B. Beurteilung der Haut im Bestrahlungsfeld bei einer bösartigen Erkrankung, etc.

Gerne biete ich Ihnen jedoch die Möglichkeit, diese Videosprechstunde auch in anderen Fällen zu nutzen.

Dafür ist es jedoch erforderlich, dass Sie sich im Vorfeld von meiner Homepage ([www.stumpfe.de](http://www.stumpfe.de)) diesen Vertrag, die Einwilligungs- und Einverständniserklärung incl. der Einwilligungserklärung für das Lastschriftinzugsverfahren herunterladen, unterschreiben und mir als Bilddatei an meine E-Mail-Adresse [videosprechstunde@stumpfe.de](mailto:videosprechstunde@stumpfe.de) zu senden.

Dieser Vertrag muss für jede Inanspruchnahme der Videosprechstunde vorliegen. Liegt der Vertrag vor, nenne ich Ihnen zeitnah einen Termin für diese Videosprechstunde und ich rufe Sie dann im vorgegebenen Zeitfenster an.

Die Videosprechstunde kann aber keine notwendigen Untersuchungen ersetzen, ist aber eine gute Kommunikationsplattform für Fragen, Erfahrungsberichte etc..

Hochachtungsvoll

Dr. med. M. Stumpfe

**Praxis Geretsried:**  
„Haus f. Mutter und Kind“  
Jeschkenstr. 13  
82538 Geretsried  
Tel.: 08171 – 921 800  
Fax: 08171 – 921 806

**Praxisräume Wolftratshausen:**  
Kreisklinik Wolftratshausen  
Moosbauerweg 5  
82515 Wolftratshausen  
Tel.: 08171 – 921 800  
Fax: 08171 – 921 806

e-mail: [praxis@stumpfe.de](mailto:praxis@stumpfe.de)  
Internet: [www.stumpfe.de](http://www.stumpfe.de)

HypoVereinsbank AG Kontonummer:  
32 735 002 BLZ 700 202 70  
IBAN: DE55700202700032735002  
BIC: HYVEDEMMXXX



## Einwilligungserklärung

Ich habe die Bedingungen für die Inanspruchnahme der Videosprechstunde zur Kenntnis genommen und keine weiteren Fragen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Gebühr über 15, 00 Euro durch ein Lastschrifteinzugsverfahren von meiner Bankverbindung abgebucht wird.

Ort, Datum, Unterschrift

---

**Praxis Geretsried:**  
„Haus f. Mutter und Kind“  
Jeschkenstr. 13  
82538 Geretsried  
Tel.: 08171 – 921 800  
Fax: 08171 – 921 806

**Praxisräume Wolftratshausen:**  
Kreisklinik Wolftratshausen  
Moosbauerweg 5  
82515 Wolftratshausen  
Tel.: 08171 – 921 800  
Fax: 08171 – 921 806

e-mail: [praxis@stumpfe.de](mailto:praxis@stumpfe.de)  
Internet: [www.stumpfe.de](http://www.stumpfe.de)

HypoVereinsbank AG Kontonummer:  
32 735 002 BLZ 700 202 70  
IBAN: DE55700202700032735002  
BIC: HYVEDEMMXXX

