

Einwilligung zum Versand medizinischer Daten per E-Mail

Patient/in:

Name:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass die Arztpraxis meine medizinischen Daten – wie z. B. Befunde, Laborwerte, Arztbriefe oder Rezepte – per E-Mail an mich übermittelt (Art. 9 Abs. 2 a) DSGVO).

Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei unverschlüsseltem E-Mail-Versand (nur transportverschlüsselt) ein Restrisiko besteht, dass unbefugte Dritte Zugriff auf meine Daten erhalten können. Mir ist bewusst, dass dies den Schutz meiner Daten beeinträchtigen kann.

Ich wünsche den Versand als passwortgeschütztes PDF.

Ich bin mit dem unverschlüsselten Versand einverstanden.

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail an

oder per Fax an

übermittelt werden kann. Aus einer Verweigerung oder einem Widerruf entstehen keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in: