



Einwilligung zur Kommunikation und Datenübermittlung per E-Mail im Rahmen der Videosprechstunde

Für die Vorbereitung und Durchführung der Videosprechstunde übermitteln Sie uns Unterlagen (insbesondere den Datenbogen) und stehen mit uns in Kontakt. Der datenschutzrechtlich sicherste Weg hierfür ist die Post. Viele Patientinnen und Patienten wünschen jedoch die unkompliziertere Übermittlung per E-Mail. Mit diesem Formular können Sie hierzu Ihre Einwilligung erteilen. Dieses Formular betrifft ausschließlich den Kommunikationsweg; die allgemeine Datenschutzerklärung der Praxis bleibt davon unberührt.

Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Einwilligung

Mir ist bekannt, dass eine unverschlüsselte E-Mail kein vollständig geschützter Übertragungsweg ist und von Dritten grundsätzlich mitgelesen werden könnte. Dies betrifft auch Angaben, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen. Ich wünsche dennoch ausdrücklich, dass ich meine Unterlagen im Zusammenhang mit der Videosprechstunde per E-Mail an die Praxis übermitteln darf und dass die Praxis mit mir in dieser Angelegenheit per E-Mail kommunizieren darf.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Sie ist nicht Voraussetzung für die Behandlung; alternativ steht mir der Postweg offen. Ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen; die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

☐ Ja, ich willige in die Übermittlung und Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail ein.

Meine E-Mail-Adresse für diese Kommunikation

Ort, Datum

Unterschrift