Prof. Dr. Bert Reichert
PRIVATPRAXIS FÜR MORBUS DUPUYTREN

Einwilligung zur Kommunikation und Datenübermittlung per E-Mail

Im Rahmen Ihrer Behandlung stehen Sie mit uns in Kontakt, etwa zur Vorbereitung einer Videosprechstunde, zur Übermittlung von Unterlagen, Befunden oder Fotos, für Rückfragen und die Nachsorge sowie zur Übersendung von Arztbriefen. Der datenschutzrechtlich sicherste Weg hierfür ist die Post. Viele Patientinnen und Patienten wünschen jedoch die unkompliziertere Kommunikation 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 Unterlagen und Informationen im Zusammenhang mit meiner Behandlung per E-Mail an die Praxis übermitteln darf und dass die Praxis mit mir zu meiner Behandlung per E-Mail kommunizieren darf. Dies schließt die Übersendung von Befunden und Arztbriefen an die unten angegebene E-Mail-Adresse ein.

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