

Einwilligungserklärung E-Mail-Korrespondenz

PRAXIS DR. KLAUS RIEDEL; BISMARCKSTR. 29; 33615 BIELEFELD

Erklärung

Hiermit vereinbare ich/ wir _____

(Angabe des/der Sorgeberechtigten bzw. Patienten)

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails grundsätzlich untersagt, sodass ein entsprechender Austausch ausschließlich durch Postversand erfolgen müsste, wenn nicht eine gesonderte schriftliche Einwilligung durch den Patienten bzw. seine Sorgeberechtigten erteilt würde. Im Rahmen dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten per E-Mail durch mich zu.

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz und der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die angeführte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir auf diesem Weg zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

(E-Mail-Adresse)

(Ort, Datum)

(Unterschriften des/der Sorgeberechtigten bzw. Patienten)