

## Einwilligungserklärung Unverschlüsselte E-Mails an Patienten

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen) an die folgende E-Mailadresse mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf:

---

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann und dass ich meine(n) behandelnde(n) Arzt/Ärztin oder die Praxis hierfür nicht haftbar machen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs unberührt.

Ort: \_\_\_\_\_, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_