

## Einwilligungserklärung zum unverschlüsselten Emailversand



Zwischen

Praxis für Innere Medizin Euskirchen  
Oststr. 1-5  
53879 Euskirchen

und

im Folgenden der Patient genannt:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen im E-Mail-Verkehr ist es Praxen grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden. Für das Führen entsprechender Korrespondenz wäre daher stets die klassische Papierform zu wählen.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versenden solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterschriebene Erklärung *in Papierform* vorliegt. Sie erhalten daher im Folgenden die Möglichkeit, eine solche Erklärung abzugeben.

### Einverständniserklärung:

Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher E-Mail an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten oder Daten, die dem Patientengeheimnis unterliegen, enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind - insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst, Haftungsansprüche an die Praxis entfallen hiermit. Ich habe diese Einverständniserklärung freiwillig unterschrieben.

Sie können diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Euskirchen, den \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_

\_\_\_\_\_