



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM E-MAIL-VERSAND

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

möchte meinen Befundbericht über die heute in der Praxis Dres. med. Klier, Hofbauer u. Danz durchgeführte Untersuchung per E-Mail erhalten.

Mir ist bekannt, dass diese Übertragung nicht sicher ist und eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden kann. Ebenfalls ist mir bewusst, dass nicht sichergestellt werden kann, dass diese E-Mails unverschlüsselt über Drittländer weitergeleitet werden. Die Möglichkeit, dass dadurch Informationen unbefugten Dritten bekannt werden können, nehme ich in Kauf. Es ist mir bewusst, dass bei Angabe einer geschäftlichen Adresse die Daten möglicherweise von Kollegen oder Vorgesetzten eingesehen werden können.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit persönlich, telefonisch, per Fax, per E-Mail oder schriftlich widerrufen. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt des Eintreffens des Widerrufs bei der Praxis Dres. med. Klier, Hofbauer u. Danz. Bereits vorher versandte E-Mails können nicht zurückgerufen oder von der Praxis gelöscht werden.

Meine E-Mail-Adresse lautet: (Bitte deutlich schreiben, um Übertragungsfehler zu vermeiden, oder eine Visitenkarte anhängen)

---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_