



Einverständniserklärung

Sehr geehrter Patient,

ab sofort bieten wir Ihnen an, Dokumente wie Rechnungen und Mahnungen sowie Kostenvoranschläge, Befunde und sonstige medizinischen Unterlagen per E-Mail im PDF-Format zu erhalten. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleichgestellt.

Wir versenden diese Dokumente verschlüsselt, um sie vor unbefugter Einsichtnahme zu schützen, weisen Sie jedoch darauf hin, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stets das Risiko enthält, dass diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten. Das erforderliche Passwort zum Öffnen des PDF-Dokuments wird Ihnen getrennt mitgeteilt.

Bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung vollständig aus.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
E-Mail-Adresse: _____

☐ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Mahnungen und Kostenvoranschläge, Befunde und sonstige medizinischen Unterlagen per E-Mail im PDF-Format.

☐ Ich willige darin ein, dass meine in den Dokumenten niedergelegten persönlichen Daten per E-Mail an mich übersendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, diese Dokumente an mich zu übersenden. Sollten diese Daten von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden, entbinde ich die Praxis diesbezüglich von der Verschwiegenheitspflicht.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten