

Einwilligungserklärung zur Übermittlung medizinischer Daten per E-Mail

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

Hiermit erteile ich _____ der Allgemeinarztpraxis Dr. med. Andreas Nour-El-Din in Haidholzen die ausdrückliche Einwilligung, meine medizinischen Daten, Untersuchungsergebnisse und weitere gesundheitsbezogene Informationen an die oben genannte E-Mail-Adresse zu übermitteln.

Wichtige Hinweise und Risikoaufklärung:

- Mir ist bewusst, dass der Versand per E-Mail trotz technischer Sicherheitsmaßnahmen gewisse Risiken birgt (z.B. unbefugter Zugriff durch Dritte)
- Ich wurde darüber informiert, dass die Praxis für Datenverluste oder Zugriffe durch unbefugte Dritte bei unverschlüsselten E-Mails KEINE Haftung übernimmt.
- Ich habe die Möglichkeit, eine sichere Übermittlung (z.B. per Post, gegen Übernahme der Portogebühren oder durch persönliche Übergabe vor Ort)

Einwilligung und Widerruf:

- Ich erkläre mich der Übermittlung meiner Daten per E-Mail einverstanden.
- Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich oder per E-Mail an info@praxis-noureldin.de zu richten.

Ort:
Datum:
Unterschrift des Patienten: