

## Einwilligung zum E-Mail-Austausch

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Der E-Mail-Austausch erfolgt Ende-zu-Ende verschlüsselt. **Diese Kommunikation ist jedoch niemals zu 100% sicher und kann eventuell durch Dritte eingesehen und manipuliert werden.** Es ist möglich, dass dadurch persönliche Sachverhalte unbefugten Dritten bekannt werden.

Die Praxis wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail versendet.

Die Rückmeldungen der Praxis gelten als zugegangen, wenn sie aus dem E-Mail-Postfach der Praxis erfolgreich versendet wurden.

Bitte ankreuzen:

- Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert.
- Ich/wir wünsche/n dennoch, mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte/n, folgende E-Mail-Adresse/n zu nutzen:

.....

Diese Einwilligung kann ich/können wir jederzeit schriftlich für die Zukunft zurücknehmen.

.....  
Ort, Datum

.....  
ggfs. Unterschrift Patient/-in

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r I

.....  
Unterschrift Sorgeberechtigte/r II

.....  
(evtl. Unterschrift sonst. Sorgeberechtigte/r)