

Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail/ SMS

Um optimal und effizient mit Ihnen kommunizieren zu können, bitten wir um Ihr Einverständnis zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail/ SMS. Unser Onlinekalender „Doctolib“ informiert Sie über Ihre Praxistermine und versendet Erinnerungen. Wir informieren Sie außerdem über Praxisschließzeiten und Vertretungen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch Untersuchungsergebnisse elektronisch zu. Werbeangebote versenden wir nicht.

Einwilligungserklärung

Ich stimme der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner von mir zur Verfügung gestellten E-Mail-Adresse sowie dem Erhalt von unverschlüsselten E-Mails für den oben angegebenen Umfang und Zweck zu. Ich kann die Einwilligung zur Kontaktaufnahme per Email jederzeit widerrufen, dies bedarf der Schriftform.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Durch den Versand von E-Mails sind mittelbar Rückschlüsse auf meinen Gesundheitszustand möglich, etwa dahingehend, dass ich überhaupt einen Arzt aufgesucht habe. Für fehlerhafte Angaben meiner Mailadresse in dieser Einverständniserklärung oder durch meinem E-Mail Provider zu verantwortende, technische und datenschutzrechtliche Einschränkungen (Datenlecks, Nicht-Zustellbarkeit von Mails, Cyber-Attacken) übernimmt die Praxis Dr. Ehrlich keine Haftung oder Gewährleistung.

Ich stimme hiermit der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten lt. DSGVO (§223 Abs.1 lit. 1 BDSG) per Mail für oben genannte Zwecke durch die Praxis zu.

Name, Vorname

E- Mail (bitte DRUCKBUCHSTABEN)

Ich bin mit der Kontaktaufnahme, Übermittlung von Untersuchungsbefunden (Labor- und Fremdbefunde), ärztlichen Stellungnahme und Zusendung von Rechnungen per E-Mail einverstanden.

Ja

Nein (In diesem Fall wird aus Sicherheitsgründen keine Emailadresse angelegt!)

Datum, Unterschrift
