ONKOLOGIE LERCHENFELD

| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|---|---|---|
| | | |

**▸ Kommunikation per E-Mail**

In unserer Praxis besteht die Möglichkeit, dass wir Informationen, Daten und Befunde per E-Mail austauschen. Sollten Sie dies wünschen, treffen Sie nachstehend eine Auswahl (unverschlüsselt / verschlüsselt), geben Sie eine E-Mail-Adresse an und unterschreiben Sie die Erklärung. In diesem Falle bitten wir Sie darauf zu achten, keinen Dritten Zugriff auf Ihre E-Mails zu gewähren. Sie sollten insbesondere keine E-Mail-Adresse verwenden, die vom Mailserver Ihres Arbeitgebers empfangen wird oder die Sie gemeinsam mit anderen benutzen. Sollten Sie keine Kommunikation auf dem E-Mail-Wege wünschen, so streichen Sie die Einverständniserklärung durch und unterschreiben Sie diese nicht. Sollten Sie uns per E-Mail kontaktieren und diese Erklärung nicht unterschrieben haben, erhalten Sie zwar eine Eingangsbestätigung, jedoch werden wir nicht per E-Mail mit Ihnen kommunizieren.

Bitte treffen Sie eine Auswahl:

☐ **Unverschlüsselte Mail**
Wir weisen ausdrücklich daraufhin, dass ein unverschlüsselter Versand von Mitteilungen mit sensiblem Inhalt auf dem E-Mail-Wege nicht datenschutzkonform ist. Es besteht die Möglichkeit, dass der Inhalt der Nachrichten gelesen, kopiert oder manipuliert wird. Ihre Daten sind nicht vor der Einsichtnahme Dritter geschützt.

**Ich willige ein, dass mir sämtliche Informationen, auch personenbezogene Daten im Sinne der EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) unverschlüsselt an meine nachfolgende E-Mail-Adresse übersandt werden.**

☐ **Verschlüsselte Mail**
Bei dieser Methode erhalten Sie an Ihre Mail-Adresse eine Information zum Erhalt einer verschlüsselten Nachricht und folgen den Anweisungen zur Einsicht in die geschützte Nachricht. Bei Verwendung der Einmalkennung bitten wir um Beachtung, dass der Code innerhalb 15 Minuten nach Anforderung abläuft. Bitte beachten Sie, dass lediglich unsere E-Mails verschlüsselt werden. Wenn Sie selbst verschlüsselte E-Mails versenden wollen, müssen Sie die notwendigen Voraussetzungen dafür selbst schaffen.

**Ich möchte E-Mails ausschließlich verschlüsselt erhalten und akzeptiere hierfür die durch die Praxis verwendete Methode (Microsoft 365-Nachrichtenverschlüsselung)**.

Ich bitte um Verwendung der folgenden E-Mail-Adresse:

_____@_____

Ich willige in die Speicherung der vorgenannten E-Mail-Adresse in meiner elektronischen Patientenakte ein.

Diese Einverständniserklärung kann nur schriftlich und nur für die Zukunft widerrufen werden. Bei Änderungen der E-Mail-Adresse ist die erneute Übermittlung dieser Einverständniserklärung (mit neuer E-Mail-Adresse) erforderlich.

| **Ort, Datum** | **Unterschrift, Patient*in (ggf. Vertreter*in)** |
|---|---|
| | |