

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

► **Kommunikation per E-Mail**

In unserer Praxis besteht die Möglichkeit, dass wir Informationen, Daten und Befunde per E-Mail austauschen – hierfür benötigen wir jedoch Ihre Zustimmung oder Ablehnung. Bitte treffen Sie nachstehend Ihre Wahl, geben – sofern gewünscht – eine E-Mail-Adresse an und unterschreiben diese Erklärung.

Wir empfehlen Ihnen 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.

Ich wünsche keinerlei Kommunikation per E-Mail, auch keine Terminbestätigungen.

Sollten Sie uns per E-Mail kontaktieren, aber kein Einverständnis für die E-Mail-Kommunikation erteilt haben, so erhalten Sie zwar eine Eingangsbestätigung, jedoch werden wir nicht per E-Mail mit Ihnen kommunizieren.

o d e r

Ich wünsche die Kommunikation per E-Mail und stimme der Speicherung meiner E-Mail-Adresse in meiner Patientenakte zu

Wir versenden E-Mails, deren Inhalte sich auf sensible Gesundheitsdaten beziehen oder die Befunde / Medikationspläne im Anhang enthalten ausschließlich verschlüsselt. E-Mails ohne entsprechende Inhalte und / oder die zuvor genannten Anhänge, werden hingegen ohne Verschlüsselung versendet.

Unsere Praxis nutzt für den Versand verschlüsselter E-Mails die Microsoft 365-Nachrichtenverschlüsselung. 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 oder verwenden – zur datenschutzkonformen Kommunikation – das Kontaktformular auf unserer Webseite.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass die Entschlüsselung einer verschlüsselten Nachricht ggf. nicht auf mobilen Endgeräten möglich ist.

► **E-Mail-Adresse:** _____@_____

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

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