

Einwilligungserklärung Korrespondenz Gesundheitsdaten /-Auskünfte per E-Mail oder WhatsApp

Ich _____
(Vorname/Name des Patienten / der Patientin)

geb. _____
(Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine Anfragen / Korrespondenz von

(Praxisname)

(PLZ / Ort)

elektronisch per E-Mail oder per WhatsApp an mich übermittelt werden dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass auf diese Korrespondenz besonders sensitive Informationen enthalten können. Ich bin mir bewusst, dass der elektronische Versand der Auskünfte über E-Mail oder WhatsApp unverschlüsselt erfolgt, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder die Informationen verändern können.

Ich bestätige hiermit, dass meine Korrespondenz als PatientIn auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin elektronisch übermittelt werden, und ich mir der dabei entstehenden Risiken für meine Persönlichkeit bewusst bin und diese in Kauf nehme. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Den Widerruf erfolgt an folgende E-Mail-Adresse: _____
(E-Mail Adresse Praxis/TherapeutIn)

Durch die Verweigerung der Einwilligung, die ohne Angabe von Gründen erfolgen kann, oder ihrem Widerruf entstehen keine Nachteile.

Ort

Datum

Unterschrift

Hinweis: Bei minderjährigen oder urteilsunfähigen PatientInnen ist die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters notwendig.