

## Einwilligungserklärung für Rechnungsversand via E-Mail

Ich \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
(Vorname/Name des Patienten / der Patientin) (Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine Rechnungen von

\_\_\_\_\_ (Praxisname) \_\_\_\_\_ (PLZ / Ort)

elektronisch per E-Mail an mich oder an die zuständige Versicherung übermittelt werden.

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

Ich bestätige hiermit, dass meine Rechnungen 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 Patienten und Patientinnen ist die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters notwendig.