

# Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung per E-Mail



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihnen den bestmöglichen Service zu bieten, möchten wir Ihnen die Möglichkeit bieten, Ihre medizinischen Unterlagen und Informationen per E-Mail zu erhalten.  
Die Übermittlung von Daten per E-Mail birgt jedoch bestimmte Risiken, insbesondere die Gefahr, dass unbefugte Dritte Zugriff auf die Informationen erhalten.

Ich, \_\_\_\_\_ (Name Patient),  
willige ausdrücklich ein, dass die **Physiotherapie Nickol-Weiß** meine personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten (wie z.B. Behandlungspläne, Arztbriefe, Terminbestätigungen, Rechnungen) per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung an die folgende E-Mail-Adresse übermittelt:

E-Mail-Adresse Patient: \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

Mir ist bewusst, dass E-Mails unter Umständen nicht vollständig vor dem Zugriff von Unbefugten geschützt sind. Ich wurde darüber informiert, dass es sicherere Informationswege gibt, und dennoch stimme ich der Übermittlung meiner Daten per E-Mail zu.

Diese Einwilligung gilt für die Dauer meiner Behandlung und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters

## Widerrufserklärung

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Übermittlung personenbezogener und gesundheitsbezogener Daten per E-Mail, schriftlich zu widerrufen. Ein Widerruf wirkt nur für die Zukunft, bereits durchgeführte Übermittlungen bleiben hiervon unberührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters