

**Einwilligungserklärung
bezüglich E- Mailübermittlung für Patienten/Firmen**

Ich/wir stimme/n zu, daß bis auf Widerruf meine/unsere behandelnde/betreuende Ärztin sämtliche Informationen aus meiner/unserer Patienten-/Firmendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten) an die folgende E-Mailadresse mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf:

Ich nehme zur Kenntnis, daß durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir/uns ist bewußt, daß dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift