



Patientenname:
Anschrift:
Geburtsdatum:

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten wie Termini, Kontaktdaten, Befunde, Berichte an behandelnde Ärzte/innen od. Kliniken durch die o. g. Praxis über folgenden Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung einverstanden bin.

<input type="checkbox"/> E-Mail	<input type="checkbox"/> WhatsApp	<input type="checkbox"/> Fax	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Sonstige
	Empfänger	Adresse/ Nummer		
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit sofortiger Wirkung widerrufen kann.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten/
gesetzlichen Vertreters