



Dr. med. Christof Rehbein
Dr. med. Anke van der Does
Fachärzte für Innere Medizin
hausärztliche Versorgung

Weißburger Str. 20-24
63739 Aschaffenburg

Tel 06021-12073
info@internist-ab.de
Www.internist-ab.de

Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per eMail, SMS, Telefon und Messengerdiensten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Ihnen einen **Service zur Erinnerung** an Termine oder fällige Vorsorgeuntersuchungen per eMail, SMS, Telefon oder unseren Praxismessenger. Dieser Service ist für Sie kostenfrei.
Hierfür **benötigen wir Ihre Zustimmung** zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten, insbesondere Ihrer eMail-Adresse, Ihrer Telefonnummer, sowie zum Erhalt von eMails und sonstigen elektronischen oder telefonischen Mitteilungen aus unserer Praxis für den oben angegebenen Umfang und Zweck. Diese Zustimmung ist jederzeit widerrufbar.

Einwilligungserklärung:

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die o. g. Arztpraxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine eMail-Adresse oder über sonstige elektronische Wege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) eMails oder Nachrichten über anstehende Termine, Folgetermine sowie Erinnerungen über fällige Vorsorgeuntersuchungen, ggf. auch anstehende Impfungen zu übermitteln.

Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (*Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten*) per eMail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Arztpraxis zu. Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe.

Name, Vorname _____

Adresse _____

eMail-Adresse _____ Telefonnummer _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Übermittlung Ihrer Befunde per eMail

Sofern Sie die Übermittlung von Befunden per unverschlüsselter eMail wünschen, benötigen wir auch dafür eine Einverständniserklärung.

*Ich erkläre, dass ich ausdrücklich im Einzelfall eine Befundübermittlung an mich persönlich per **unverschlüsselter eMail** an die o. g. eMail-Adresse durch die o. g. Praxis wünsche, **sofern ich dies gezielt anfordere**.*

Ich bin mir darüber bewusst, daß unverschlüsselte Daten potentiell von Dritten abgefangen und mitgelesen werden können. Ich stelle die Inhaber der o.g. Praxis Drs. med. Christof Rehbein und Anke van der Does diesbezüglich von jeder Verantwortung frei.

Datum: _____ Unterschrift: _____