

Einwilligung in Datenweitergabe per E-Mail oder Fax

Hiermit stimme ich freiwillig zu, dass bezüglich des

Patienten:

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlungszeitraum von _____ bis _____

Klinik(a): _____

die folgenden Behandlungsunterlagen bzw. Befunde:

- per Mail an die Mailadresse(n): _____

- per Fax an die Faxnummer(n): _____

versendet werden dürfen.

Die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg erfolgt in aller Regel unverschlüsselt und ungesichert.

Die übermittelten Daten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen können, sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt.

Bei dem Versand per Fax oder E-Mail besteht das Risiko, dass meine Daten durch Dritte eingesehen werden können. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Verletzung des Post- oder Fernmeldegeheimnisses entsteht. Ebenfalls besteht das Risiko, dass meine Daten in Drittländern innerhalb und außerhalb Europas eingesehen und gegebenenfalls gespeichert werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Homburg, den _____

Unterschrift des Patienten, bzw, seines Vertreters
(bei minderjährigen Patienten der/des Sorge-
berechtigten)