

Praxis Dr. Wolff
Bismarckstr. 124
52066 Aachen

Einverständniserklärung zum E-Mail Versand

Liebe Eltern, liebe Patienten,

auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ist es im E-Mail-Verkehr grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Meine Praxis versendet E-Mails daher grundsätzlich nur auf besonderen Wunsch und nach vorheriger einmaliger Zustimmung an Patienten bzw. Eltern. Wir empfehlen, diesen Kommunikationsweg allenfalls für organisatorische Zwecke zu nutzen.

Sollten Sie eine Kommunikation per E-Mail wünschen, teilen Sie mir bitte Ihre E-Mail-Adresse mit:

Name E-Mail-Adresse

Datenschutz und Sicherheitshinweise und Einverständniserklärung:

Mir ist bekannt, dass es bei unverschlüsseltem und unsigniertem E-mail-Verkehr keinen ausreichenden Schutz gegen unbefugte Einsichtnahme gibt, da u.a. über das Internet für jedermann Tools zum Entschlüsseln von Passwörtern und E-mails verfügbar sind.

Mir ist zudem bekannt, dass mit der Datenübertragung über das Internet (z.B. E-Mail, Datenübertragung aus Formularen auf der Homepage) Sicherheitsrisiken verbunden sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass die Wege, die ein elektronischer Brief durch das Internet nimmt, weder nachvollzogen noch abgesichert werden können, so dass es zu Bekanntwerden der Daten durch Zugriff Dritter, Datenverlust, Virenübertragung, Übersendungsfehler, Übersendungsausfälle etc. kommen kann.

Auf meinen ausdrücklichen Wunsch erfolgt die Kommunikation der o.g. E-Mails zwischen der Praxis und mir ohne Verschlüsselung. Mir ist bekannt, dass hierbei insbesondere Gefahren der unerlaubten Einsichtnahme, Vervielfältigung und Verfälschung durch unberechtigte Dritte bestehen, so dass die gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich Datenschutz und IT-Sicherheit nicht gewährleistet werden können. Ich stelle die Praxis und Frau Dr. Wolff daher von jeglicher Form der Haftung frei.

Ich bin mir der Gefahren der unverschlüsselten E-mail-Kommunikation sowie der damit verbundenen Risiken bewusst und wünsche dennoch eine entsprechende unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail.

Diese Erklärung kann nur schriftlich und nur für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Name Eltern/Patient (Druckbuchstaben)

Unterschrift