



Einverständnis E-Mail Kommunikation

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Severin digital zu kommunizieren. Dieser Kommunikationsweg wird im Wesentlichen für Terminabsprachen und andere organisatorische Abstimmungen genutzt. Sensible persönliche Daten werden **nicht** digital versendet.

Vor- und Nachname des Patienten

Geburtsdatum des Patienten

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass E-Mails nicht den Ansprüchen des Datenschutzes und damit nicht der therapeutischen Schweigepflicht genügen. Dennoch erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein Austausch per E-Mail stattfinden kann.

E-Mail

Dieses Einverständnis kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift Sorgeberechtigter