

Erklärung zur elektronischen Kommunikation

Hiermit vereinbare ich/ wir

(Angabe des/der Sorgeberechtigten bzw. Patienten)

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails grundsätzlich untersagt, sodass ein entsprechender Austausch ausschließlich durch Postversand erfolgen müsste, wenn nicht eine gesonderte schriftliche Einwilligung durch den Patienten bzw. seine Sorgeberechtigten erteilt würde. Im Rahmen dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand von Daten per E-Mail durch die Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis Warncke & Team, Goethestr. 2, 14532 Kleinmachnow zu.

Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

Ich bin mit der Korrespondenz und der Zusendung von personenbezogenen- und Gesundheitsdaten per E-Mail an die angeführte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir auf diesem Weg zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

(E-Mail-Adresse)

(Ort, Datum)

(Unterschriften des/der Sorgeberechtigten bzw. Patienten)

Widerrufshinweis: Alle oben unterschriebenen Erklärungen der Sorgeberechtigten können jederzeit einzeln oder in ihrer Gesamtheit für die Zukunft widerrufen werden! Der Widerruf für die Zukunft lässt die Rechtmäßigkeit der Einwilligung in den Email-Schriftverkehr, der bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgt ist, unberührt.