

Einwilligung in die unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation mit der Neuropädiatrischen Ambulanz

Patientin/Patient: _____

Geburtsdatum: _____

Erziehungsberechtigte Person: _____

E-Mail-Adresse: _____

Aufklärung über Risiken

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail datenschutzrechtliche Risiken birgt.

E-Mails können auf dem Übertragungsweg möglicherweise von unbefugten Dritten eingesehen oder verändert werden. Die Vertraulichkeit, Integrität und Authentizität der übermittelten Daten ist daher nicht sicher gewährleistet. Gesundheitsdaten sind besonders sensibel und es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Dritte Rückschlüsse auf meine Person und meinen Gesundheitszustand ziehen können.

Einwilligung

Trotz der genannten Risiken erkläre ich ausdrücklich, dass ich per unverschlüsselter E-Mail mit der neuropädiatrischen Ambulanz kommunizieren möchte. Ich wünsche, dass Terminabsprachen, Organisatorisches und in eingeschränktem Umfang Befundmitteilungen per E-Mail ausgetauscht werden dürfen.

Datenschutzrechtliche Hinweise

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass ich auch alternative Kommunikationswege (z. B. Telefon, Post, persönliche Vorstellung) nutzen kann.

Haftungsfreistellung

Ich entbinde die neuropädiatrische Ambulanz insoweit von der datenschutzrechtlichen Verantwortung für Risiken, die sich aus der von mir gewünschten unverschlüsselten E-Mail-Kommunikation ergeben, soweit diese nicht auf grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz beruhen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des oder der Erziehungsberechtigten: _____