

Einverständniserklärung zur unverschlüsselten Zusendung von Patientenbefunden per E-Mail

Die **InnerMed** Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Sonja Vay, Matthias Kress und Lutz Ehmsen

entbinde ich.....

geboren am.....

hiermit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir meine gesundheitlichen Daten sowie
Arztbefunde etc. unverschlüsselt per E-Mail zugesendet werden dürfen.

Mir ist bekannt und ich erkläre mich einverstanden, dass dadurch die ärztliche
Schweigepflicht § 203 Abs. 1,3 StGB nicht eingehalten werden kann.

E -Mail: _____

- Ich bin einverstanden
- Ich bin NICHT einverstanden

Ort, Datum

Unterschrift Patient