



## Einwilligung zum Email-Postaustausch

Stand: 02.03.2024

Vor- und Nachname d. Pat.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum d. Pat.: \_\_\_\_\_

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Praxis wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail versendet.

Für die Therapieplatzvergabe nutzen wir einen anonymen Emailverteiler, über welchen wir Sie über freie Therapieplätze informieren. Ihre Emailadresse ist dabei nicht für Dritte sichtbar und Ihre persönlichen Daten sind somit geschützt.

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mailverkehrs wurde ich informiert.  
Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ich wünsche dennoch mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen. Diese Emailadresse wird auch für den Emailverteiler bzgl. freier Therapieplätze genutzt.

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Hierbei dürfen auch weitergehende Informationen übermittelt werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)