



Einverständniserklärung zum unverschlüsselten E-Mailverkehr

Auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen ist es im E-Mail-Verkehr lt. Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) grundsätzlich untersagt, personenbezogene Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails zu versenden.

Für den Fall, dass Sie Ihren Schriftverkehr in Zukunft dennoch per E-Mail führen möchten, ist abweichend von den aktuellen Bestimmungen ein Versand solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn die nachfolgende von Ihnen unterzeichnete Erklärung vorliegt.

Dr. med. Benedikt J. Pircher

*Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Kindergastroenterologe (LÄKH, GPGE)*

Dr. med. Claudia Schaller

Maren Faulstich

Angestellte Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Turmstraße 77

36093 Künzell

Telefon 06 61 – 93 78 0

Fax 06 61 – 93 78 17

Mail team@kinderarztpraxis-kuenzell.de

Web kinderarztpraxis-kuenzell.de

Einverständniserklärung:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

- Ich bin mit der Korrespondenz und der Zusendung von Daten im PDF-Format per „einfacher“, d.h. nicht verschlüsselter, E-Mail zwischen mir und der Kinderarztpraxis Künzell – Dr. med. Benedikt J. Pircher & Kollegen einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass sich die Kinderarztpraxis Künzell per „einfacher“, d.h. nicht verschlüsselter, E-Mail mit Kolleginnen und Kollegen über mich / mein o.g. Kind austauscht, sofern dies für die Behandlung erforderlich ist und ich zuvor darüber (auch mündlich) informiert worden bin.

Mir ist bekannt, dass die mir so 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.

Insbesondere bin ich mir bewusst, dass bei einer unverschlüsselten Kommunikation via E-Mail die grundsätzliche Gefahr besteht, dass diese auf dem Übertragungsweg verlorengehen oder möglicherweise von Dritten gelesen und sogar geändert werden können.

In Kenntnis dieser Gefahr wünsche ich die Korrespondenz per E-Mail an die von mir angegebene E-Mail-Adresse(n) ohne weitere Sicherungsmaßnahmen.

Künzell,

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter