

Einwilligungserklärung E-Mailübermittlung für Patienten

Ich, (Vorname) _____

(Familienname) _____

Versicherungsnummer _____

Geburtsdatum: _____

stimme zu, dass bis auf Widerruf mein behandelnder Arzt,
Herr Dr. med. univ. Christian Otrel
sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit
Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder
Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den
Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden,
diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der
Anwendung von Arzneyspezialitäten) an die folgende E-Mailadresse
mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf:

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten
(unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können
und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies
zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die
Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen
des Widerrufs davon unberührt.

Datum

Unterschrift