



Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung E-Mailübermittlung für Patienten

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf, Dr. Horst Philadelphy, 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 – sofern anwendbar) 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.

Name, Geburtsdatum, Soz.vers.Nr des Patienten

(IN BLOCKBUCHSTABEN)

Bei minderjährigen Patienten: Der Unterfertigende erteilt hiermit als vertretungsbefugter Erziehungsberechtigter des minderjährigen Patienten die Zustimmung und bestätigt dies mit seiner Unterschrift.

Name, Geburtsdatum des vertretungsbefugten Erziehungsberechtigten

(IN BLOCKBUCHSTABEN)

Unterschrift Patient / vertretungsbefugter Erziehungsberechtigter