

Einwilligungserklärung zur Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail

Verantwortlicher:

Gerricus Praxis

Dr. med. Carl Hubertus Schreder

Benderstrasse 10, 40625 Düsseldorf

Tel.: 0211/289334; Fax: 0211/283904; hausarzt@gerricus-praxis.de

Patient / Patientin; medizinische Dienstleister *(Pflichtangabe)*

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse des Patient/in; med.Dienstleister _____

1. Gegenstand und Zweck der Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die oben genannte Hausarztpraxis mit mir über die von mir angegebene unverschlüsselte E-Mail-Adresse kommuniziert. Über diesen Kanal dürfen auch sensible Gesundheitsdaten und Informationen zu meiner Krankengeschichte (z. B. Befunde, Laborwerte, Arztbriefe, Rezept- oder Terminanfragen) übermittelt werden.

2. Wichtiger Risiko- und Datenschutzhinweis

Mir ist bekannt, dass der Versand von E-Mails über den normalen, unverschlüsselten Internet-Kanal **nicht abhörsicher** ist. Unverschlüsselte E-Mails können im Internet von unbefugten Dritten wie eine „Postkarte“ mitgelesen, abgefangen oder verändert werden. Es besteht zudem das Risiko, dass E-Mails an eine falsche Adresse gesendet werden oder unbefugte Personen in meinem persönlichen Umfeld Zugriff auf mein E-Mail-Postfach haben.

Die Praxis hat mich auf diese Risiken sowie auf alternative, sicherere Kommunikationswege (z. B. persönliche Abholung in der Praxis, postalischer Versand) hingewiesen. Ich verzichte für den E-Mail-Versand ausdrücklich auf eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung und trage das damit verbundene Risiko des Vertraulichkeitsverlusts selbst.

3. Freiwilligkeit und Widerrufsrecht

Diese Einwilligung erfolgt absolut **freiwillig**. Mir entstehen keine Nachteile bei meiner medizinischen Behandlung, wenn ich diese Erklärung nicht unterzeichne.

Ich kann diese Einwilligung **jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** (z. B. per E-Mail, Brief oder mündlich in der Praxis). Nach dem Widerruf werden keine medizinischen Daten mehr auf diesem Weg an mich übermittelt.

4. Pflichten des Patienten

Ich verpflichtete mich, der Praxis eine Änderung meiner E-Mail-Adresse unverzüglich mitzuteilen. Ich versichere, dass nur ich (oder von mir ausdrücklich bevollmächtigte Personen) Zugriff auf das oben angegebene E-Mail-Postfach haben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten / der Patientin (bzw. des gesetzlichen Vertreters) *(Pflichtangabe)*

(Stand 1.9.2026)