

# Einverständniserklärung der Patienten zur digitalen Befundübermittlung



Ich,

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Ggf. Gesetzl. Betreuer: \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass die Dermatologie Neuss – Frau Dr. Mohit, meine Behandlungsdaten und Befunde zu meinen alleinigen Informationszwecken auf folgendem digitalen Weg an mich übermitteln darf:

- Per FAX an Faxnummer: \_\_\_\_\_
- Per verschlüsselter E-Mail an Emailadresse \_\_\_\_\_
- Per !unverschlüsselter! E-Mail an Emailadresse: \_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass eine unverschlüsselte Übermittlung meiner persönlichen Daten erhebliche Gefahren mit sich bringt. Absender- und Empfängerinformationen sowie der Nachrichteninhalt werden im Klartext über das Internet transportiert. Es ist keine Vertraulichkeit gewährleistet.

Weiter ist mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Hinweis:** Für Behandlungs- und Abrechnungszwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten gemäß § Art. 9 Abs. 1 S. 1 b BDSG-neu verarbeiten. Hierbei bedarf es keiner Patienteneinwilligung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Patient:in bzw. Gesetzliche Vertretung