

## **Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail/SMS**

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient  
um optimal und effizient mit Ihnen kommunizieren zu können, bitten wir um Ihr Einverständnis zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail/SMS. Unser Onlinekalender „Doctolib“ informiert Sie über Ihre Praxistermine und versendet Erinnerungen. Wir informieren Sie außerdem über Praxisschließzeiten und Vertretungen. Auf Wunsch senden wir Ihnen auch Untersuchungsergebnisse elektronisch zu. Werbeangebote versenden wir nicht.

### **Einwilligungserklärung**

Ich stimme der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung meiner Telefonnummer und E-Mail-Adresse sowie dem Erhalt von unverschlüsselten E-Mails für den oben angegebenen Umfang und Zweck zu.

Dies gilt so lange, bis ich dem widerspreche oder meine nachstehende Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe.

Die Praxis weist darauf hin, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Durch den Versand von E-Mails sind mittelbar Rückschlüsse auf Ihren Gesundheitszustand möglich, etwa dahingehend, dass Sie überhaupt einen Arzt aufgesucht haben.

Ich stimme hiermit der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten lt. DSVO (§ 223 Abs.1 lit.1 BDSG) per E-Mail für die oben genannten Zwecke durch die Praxis zu.

### **Persönliche Angaben**

---

Name

---

Straße

---

PLZ / Ort

---

E-Mail (bitte DRUCKBUCHSTABEN)

---

Telefonnummer

**Ich bin mit der Übermittlung von Untersuchungsbefunden (z.B. Labor- und Fremdbefunde) per Email einverstanden**

- Ja  
 Nein

---

Datum und Unterschrift