

## Einwilligung zur unverschlüsselten Übermittlung von Dokumenten per E-Mail



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung in unserer Einrichtung möchten wir Ihnen die Möglichkeit bieten, bestimmte Dokumente und Unterlagen per E-Mail zu erhalten.

Bei den übermittelten Unterlagen kann es sich um **sensible personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten**, handeln. Der Versand erfolgt **unverschlüsselt per E-Mail**. Bei dieser Übermittlungsart kann nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass Dritte unbefugt Kenntnis vom Inhalt der E-Mail erlangen.

Für den Versand Ihrer Unterlagen per unverschlüsselter E-Mail benötigen wir daher **Ihre ausdrückliche Einwilligung**.

Die Einwilligung ist **freiwillig** und kann sich auch nur auf einzelne Dokumentenarten beziehen. Sie können Ihre Einwilligung, auch in Teilen, **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen**.

**Alternativ** können Sie die Dokumente und Unterlagen selbstverständlich **persönlich in unserer Einrichtung oder per Post erhalten**.

Ihnen stehen die **Rechte auf Auskunft (§ 17 KDG), Berichtigung (§ 18 KDG), Löschung (§ 19 KDG), Einschränkung der Verarbeitung (§ 20 KDG) sowie das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde** zu.

### **Einwilligungserklärung zur Übermittlung des Einladungsschreibens per E-Mail**

Das Einladungsschreiben kann folgende personenbezogene Daten enthalten: Name und Anschrift, Aufnahmedatum, Information zum Ablauf der Rehabilitation, Rehabilitationsziele, Patientenfragebogen, Übersicht Ihrer Kontaktdaten zur Überprüfung der Richtigkeit, Informationsblätter für Patientinnen und Patienten sowie die Patienteninformation zum Datenschutz.

**Ja, ich möchte das Einladungsschreiben und Informationen per E-Mail erhalten**

### **Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Terminplänen per E-Mail**

Die Terminplänen können folgende personenbezogenen Daten enthalten: Name, Aufnahmedatum, Therapie- und Behandlungstermine, Art der Behandlung oder Therapie sowie organisatorische Hinweise zu Terminen.

**Ja, ich möchte Terminpläne per E-Mail erhalten**

**Einwilligungserklärung zur Übermittlung von medizinischen Berichten, Test- und Therapieberichten**

Diese Dokumente können folgende personenbezogene Daten erhalten: Name, Anschrift und Geburtsdatum, Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Therapieverlauf, Ergebnisse von medizinischen Tests und Untersuchungen sowie Behandlungsberichte und Analysen.

**Ja, ich möchte medizinische Berichte sowie Test- und Therapieberichten per E-Mail erhalten**

**Folgende Unterlagen schließe ich für den unverschlüsselten Versand per E-Mail aus:**

\_\_\_\_\_  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber aufgeklärt wurde, dass der Versand von Dokumenten per E-Mail unverschlüsselt erfolgt und daher Sicherheitsrisiken bestehen können, insbesondere die mögliche Kenntnisnahme durch unbefugte Dritte.

Mir ist bekannt, dass es sich bei Gesundheitsdaten um besonders schützenswerte personenbezogene Daten handelt und dass mir alternative Übermittlungswege (persönliche Übergabe oder Postversand) zur Verfügung stehen.

**Trotz der genannten Risiken willige ich ein, dass meine Unterlagen an folgende E-Mail-Adresse gesendet werden:**

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/Patient  
bzw. Betreuer / Bevollmächtigter / Sorgeberechtigter