

# Aufklärungsbogen für Patienten: Einwilligung zum Datenaustausch per E-Mail<sup>1</sup>

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung kann es erforderlich sein, Ihnen Untersuchungsergebnisse, Befunde oder andere sensible Informationen zukommen zu lassen. Eine Übermittlung dieser Daten per E-Mail bietet eine schnelle und unkomplizierte Kommunikationsmöglichkeit. Dabei möchten wir Sie über die damit verbundenen Risiken und Ihre Rechte informieren.

## 1. Vorteile und Risiken des Datenaustauschs per E-Mail

### Vorteile:

- Schnelle Übermittlung Ihrer Befunde und Informationen.
- Direkte Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrer Arztpraxis.
- Reduktion von Wartezeiten für postalische Zustellungen.

### Risiken:

- E-Mails können auf dem Übertragungsweg von unbefugten Dritten mitgelesen oder manipuliert werden.
- Ein ungesicherter E-Mail-Versand entspricht nicht den höchsten Datenschutzstandards.
- Es kann nicht garantiert werden, dass der E-Mail-Server Ihrer Empfängerseite ausreichende Sicherheitsvorkehrungen bietet.

## 2. Sicherheitsmaßnahmen unserer Praxis

- Wir verschlüsseln grundsätzlich E-Mails welche personenbezogene Patientendaten enthalten. Bei gewünschtem E-Mailaustausch von Ihren Daten übersenden wir einen Schlüssel, der auf Basis von Ihnen persönlich bekannten Daten generiert wird.
- Wir übermitteln nur die notwendigsten Daten, um Ihr Anliegen zu bearbeiten.

## 3. Ihre Rechte

- Sie haben das Recht, dem Datenaustausch per E-Mail jederzeit zu widersprechen.
- Sie können eine alternative Kommunikationsmethode wählen (z. B. postalische Übermittlung oder persönliche Abholung).
- Ihre Einwilligung ist freiwillig und hat keine Auswirkungen auf die medizinische Behandlung, falls Sie diese verweigern oder widerrufen.

---

<sup>1</sup>Stand: 23.01.2024

## 4. Einwilligungserklärung

Bitte lesen Sie die folgende Einwilligungserklärung sorgfältig durch und geben Sie an, ob Sie mit dem Datenaustausch per E-Mail einverstanden sind.

### **Einwilligungserklärung:**

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Austausch meiner medizinischen Daten per E-Mail mit Risiken verbunden sein kann. Mir ist bewusst, dass E-Mails unter Umständen von unbefugten Dritten eingesehen oder manipuliert werden können.

Ich stimme zu, dass meine Angaben und Anlagen aus dem Kontaktformular zur Beantwortung meiner Anfrage erhoben und verarbeitet werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Angaben und Anlagen meiner Anfrage transport- und inhaltsverschlüsselt vorgehalten werden. Hinweis: Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft unter der im Impressum angegebenen Adresse widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Ich erkläre mich hiermit:

- Einverstanden**, dass die Arztpraxis meine Befunde und medizinischen Informationen per E-Mail an die von mir angegebene Adresse sendet. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.
- Nicht einverstanden**, meine Daten per E-Mail zu erhalten. Ich wünsche eine alternative Übermittlung (z. B. postalisch oder persönliche Abholung).

## 5. Ihre Kontaktinformationen

- **E-Mail-Adresse:**
- **Name des Patienten:**
- **Datum:**
- **Unterschrift:**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit! Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

**Ihr Praxisteam**  
**Diabetes- und Hausarztzentrum Kirchmöser**  
**Bahnhofstraße 36**  
**14774 Kirchmöser**