

Einwilligungserklärung: E-Mailübermittlung

Ich,.....,

geboren am, stimme zu, dass bis auf Widerruf meine behandelnde Ärztin, Dr. Gihan Ibrahim personenbezogene Daten sowie sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (wie zB Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) an die folgende E-Mailadresse mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf:

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Information erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewußt, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

.....
Datum

.....
Unterschrift