

Freiwillige Zustimmung zur unverschlüsselten Übermittlung von Patientendaten per Email

Nummer: FO-19224 **Gültig ab:** Gültig ab

Name/Vorname/Anschrift/Geburtsdatum der Patient(-in)

eMail

Ich möchte mit den Ärzten und den nichtärztlichen Mitarbeitern des MVZ für Reproduktionsmedizin, Endokrinologie und Humangenetik, Theaterstr. 15 in 30159 Hannover über unverschlüsselte eMails kommunizieren.

1. *Gefahren der unverschlüsselten eMail-Kommunikation:* Mir ist bekannt, dass mit der schnellen und unkomplizierten Kommunikation über das Internet Sicherheitsrisiken verbunden sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass die Übermittlung von elektronischen Briefen (eMail) über das Internet nicht abgesichert und auch nicht nachvollzogen werden kann. Es ist nicht auszuschließen, dass Daten Dritten bekannt werden, Datenverlust eintreten kann und es zu Virenübertragung, Übersendungsausfällen und Verzögerungen kommen kann. Eine Verschlüsselung von eMails findet aus technischen Gründen nicht statt.
2. *Zustimmung zum eMail-Versand:* Ich stimme ausdrücklich zu, dass mir Daten via unverschlüsselten eMails zu der oben angegebenen eMail-Adresse gesendet werden dürfen. Meine Zustimmung bezieht sich ausdrücklich auch auf vertrauliche Gesundheitsdaten. Mir ist bekannt, dass diese Zustimmung keine Voraussetzung für die ärztliche Behandlung ist.
3. *Entbindung von der Schweigepflicht:* Soweit dies für die Kommunikation mit mir per unverschlüsselter eMail erforderlich ist, entbinde ich die Ärzte und medizinischen Fachangestellten des Endokrinologikum Hannover, Rundestraße 10, 30161 Hannover ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.
4. *Schadenersatzausschluss:* Ich verzichte ausdrücklich auf mögliche Schadenersatzansprüche, die sich aus der Nutzung der Kommunikation per eMail oder aus einem Ausfall der eMail- Nutzungsmöglichkeit ergeben können, soweit dies rechtlich möglich ist.
5. *Schriftform und Widerruf:* Diese Erklärung kann jederzeit für die Zukunft gegenüber dem Endokrinologikum Hannover, Rundestraße 10, 30161 Hannover widerrufen werden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen, eine Begründung ist nicht erforderlich.
6. *Salvatorische Klausel:* Sollte eine dieser Regelungen unwirksam sein, wird davon die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Regelung soll die wirksame Regelung treten, deren Wirkung der verfolgten Zielsetzung am nächsten kommt. Diese Regelungen gelten entsprechend für den Fall, dass diese Vereinbarung sich als lückenhaft erweist.

Ort/Datum/Unterschrift Patient/-in