



**Privatpraxis  
Dr.med. Maria Hock**  
Ihr Weg zur Gesundheit

## PATIENTENINFORMATION

### Einverständniserklärung zum Rechnungsversand o.Ä. per E-Mail

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

ab sofort bieten wir Ihnen an, Rechnungen, Befunde, Therapiepläne oder Ähnliches per E-Mail im PDF-Format zu versenden. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleichgestellt. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Übermittlung von Daten per E-Mail stets das Risiko birgt, dass diese von Dritten abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten.

Bitte füllen Sie diese Einverständniserklärung vollständig aus.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

☐ Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der o. g. Angaben und werde Ihnen umgehend Änderungen mitteilen. Bis zum Widerruf dieser Erklärung erhalte ich Rechnungen, Befunde, Therapiepläne o. Ä. ausschließlich per E-Mail im PDF Format.

☐ Ich willige ein, dass meine in der Rechnung erfassten persönlichen Daten per E-Mail an mich gesendet und somit verarbeitet werden. Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu dem Zweck, Rechnungen, Befunde, Therapiepläne o. Ä. an mich zu versenden. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass diese Daten von Dritten ggf. abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten und die Praxis für den Datenverstoß (Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht) nicht haftbar zu machen ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in