

Dr. Christoph Ende
Würzburger Straße 17
96049 Bamberg

Tel.: 0951 52001
Fax: 0951 52003
info@praxis-dr-ende.de
www.praxis-dr-ende.de



Kontaktaufnahme per E-Mail

Liebe Patientinnen und Patienten,

unsere Praxis bietet Ihnen gerne an, per Recallmanagement über unser Patientenverwaltungssystem in regelmäßigen Abständen an notwendige /anstehende Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder andere anstehende Untersuchungen zu erinnern oder Ihnen allgemeine Informationen wie z.B. unsere Urlaubszeiten bereitzustellen.

Zudem können auch patientenspezifische Daten wie Laborwerte, Arztbriefe oder Rechnungen übermittelt werden.

Die Kontaktaufnahme zwischen unserer Praxis und Ihnen per E-Mail darf aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ohne eine ausdrückliche schriftliche Einwilligung durch Sie erfolgen.

Möchten Sie auf diesem Weg mit uns kommunizieren, ist dies durch eine E-Mail möglich, in deren Anhang wir eine verschlüsselte Datei mit Ihren Informationen an Sie versenden. Das Passwort zur Entschlüsselung dieser Datei ist Ihr Geburtsdatum in der Form: TTMMJJJJ

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass jegliche Kontaktaufnahme mit digitalen Medien zu einer ungewollten Preisgabe von Informationen führen kann.

Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre E-Mail-Adresse geändert hat.

Einverständniserklärungen liegen im Wartezimmer aus. Diese können Sie gerne bei unseren Mitarbeiterinnen an der Anmeldung abgeben.

Ihr Praxisteam Dr. Ende

Dr. Christoph Ende
Würzburger Straße 17
96049 Bamberg

Tel.: 0951 52001
Fax: 0951 52003
info@praxis-dr-ende.de
www.praxis-dr-ende.de

Einverständniserklärung für die Kontaktaufnahme mit E- Mail

Ich wünsche auf folgende Weise informiert zu werden:

- per verschlüsseltem E-Mail-Anhang

An folgende E-Mail-Adresse:

Dies ist die E-Mail-Adresse von:

Hiermit erkläre ich mein **Einverständnis zur Kontaktaufnahme** per E- Mail durch die Praxis Dr. med. Ende zum Zwecke des Recallmanagements und Übermittlung patientenbezogener Daten/ Befunde.

Die **Risiken**, welche mit dem Versand von E-Mails verbunden sind (auch bei verschlüsselter Mail), insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte, sind mir bewusst und ich übernehme hierfür die volle Verantwortung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Gerne möchten wir auch weitere Erreichbarkeiten aktualisieren:

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Ort, Datum

Name Patient/-in (leserlich)

Unterschrift Patient/-in