



Einwilligung zur Übermittlung von Laborergebnissen per E-Mail (gemäß Art. 7, Art 9 DSGVO)

Die Internistisches Zentrum GbR, Räterstrasse 20, 85551 Heimstetten sowie die Nebenstandorte Ebersberg, Haar und Poing („behandelnde Praxis“) bieten die Übermittlung von mich betreffenden Laborergebnissen per E-Mail an. Die Datei mit den Laborergebnissen selbst wird zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme verschlüsselt. Die E-Mail, in der die Datei angehängt wird und die ggf. zusätzliche Bemerkungen zu den Laborergebnissen enthält, wird in einer normalen E-Mail ohne weitere Sicherheitsmaßnahmen (insbesondere ohne Ende-zu-Ende-Verschlüsselung oder Passwortschutz des Inhalts) verschickt. In einer separaten E-Mail, ebenfalls ohne weitere Sicherheitsmaßnahmen, wird die behandelnde Praxis einen Code zum Öffnen der Datei mit den Laborergebnissen an die angegebene E-Mail-Adresse senden.

Ich _____

wohnhaft in _____

erkläre mich mit meiner Unterschrift ausdrücklich damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis meine Laborergebnisse mittels des eingangs beschriebenen Verfahrens an meine

E-Mail-Adresse _____

E-Mail-Adresse

sendet und entbinde meine behandelnde Praxis in diesem Zusammenhang ausdrücklich von der Verpflichtung, E-Mails mit Gesundheitsdaten im Sinne von Art. 9 DSGVO nur mit Maßnahmen zum Schutz vor unbefugter Kenntnisnahme zu versenden. Ich versichere, dass nur ich uneingeschränkter Zugriff auf diese E-Mail-Adresse habe. Sollte sich dies ändern oder ich eine andere Adresse verwenden, werde ich dies unverzüglich mitteilen.

Mir ist bekannt, dass eine Datenübertragung über das Internet mit erheblichen Sicherheitsrisiken behaftet ist und dass die Versendung der E-Mails allenfalls mit einer Standard-Transportverschlüsselung (TLS), im Übrigen aber ungeschützt erfolgt. Lediglich die Datei mit den Laborergebnissen wird verschlüsselt, der Text der E-Mails jedoch nicht. Eine unverschlüsselte E-Mail ist vergleichbar mit einer Postkarte ohne Umschlag. Es besteht daher grundsätzlich die Gefahr, dass solche E-Mails von Dritten abgefangen, manipuliert oder eingesehen werden können. Ich erteile in Kenntnis dieser Gefahr die vorstehende Einwilligung.

Ohne meine Einwilligung muss eine Abholung der Laborergebnisse in der behandelnden Praxis erfolgen.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich die vorstehende Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf kann entweder persönlich durch Vorsprache in der Praxis, schriftlich oder per E-Mail an die behandelnde Praxis erfolgen. Im Übrigen bleibt das Behandlungsverhältnis von diesem Widerruf unberührt.

Ausführliche Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis, Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten können Sie unserer Patienteninformation zum Datenschutz entnehmen, die in unserer Praxis einsehbar ist bzw. auf Verlangen in Abschrift ausgehändigt wird. Sie finden diese auch unter <https://www.internistischeszentrum-muenchen.de/datenschutz/>.

«Pr_Stadt» ,«Datum»

Unterschrift Patient