



Einverständniserklärung

Unverschlüsselte Kommunikation per E-Mail

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass die Martini-Klinik am UKE GmbH mit mir **per E-Mail Kontakt** aufnimmt. Dieses kann für Terminabsprachen, Rückmeldungen, die Zusendung von Informationsmaterial oder Patientenfragebögen auch schon vor dem eigentlichen Termin zur Diagnostik oder Therapie notwendig werden.

ja, ich bin damit einverstanden

nein, ich bin nicht damit einverstanden

Meine hierfür zu verwendende E-Mail-Adresse lautet:

.....

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden. Ich bin ausdrücklich auf die Gefahren der E-Mail-Kommunikation hingewiesen worden und gebe diese Erklärung in Kenntnis dieser Gefahrenlage ab.

Diese Erklärung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Martini-Klinik am UKE GmbH

Geschäftsführung: Dr. Detlef Loppow

Martinistraße 52 · Gebäude Ost 46 · 20246 Hamburg · www.martini-klinik.de

Telefon +49 (0)40 7410-51300 · Fax +49 (0)40 7410-51323 · info@martini-klinik.de