



Korrespondenz via E-Mail

Ich,

Adresse:

Mobiltelefon:

Email-Adresse:

Willige hiermit ausdrücklich gegenüber der Praxis v. Königsmarck, Geiststr. 79 in 48161 Münster darin ein, dass der Schriftverkehr mit mir, sowie etwaigen weiteren Dritten (beispielsweise anderen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern etc. - dies aber nur nach zusätzlicher Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht -) auch per E-Mail geführt werden darf.

Ich bin darüber informiert und damit einverstanden, dass der Versand der E-Mails der Praxis von Graf v. Königsmarck verschlüsselt erfolgt. der Inhalt der E-Mails und etwaige Dateianhänge (bsp. im .pdf-Format) sind nicht verschlüsselt. Es besteht auf Wunsch jedoch auch die Möglichkeit einer Verschlüsselung via PGP.

Mir ist bekannt, dass ich gem. Art. 7 III der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) das Recht habe, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch meinen Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Für den Widerruf genügt eine einfache Email an uns.

Münster, den

(Unterschrift)

Sollten sich Ihre Daten ändern, bitten wir um eine kurze Information.