



Fatma Michels

QM

EWP

Patienteninformation und
Einverständniserklärung

Seite 1 von 1

Revision 1
Datum 21.08.2020

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Patienten-ID	
Adresse	
E-Mail-Adresse	
Handynummer	

○ **E-Mail**

Der Versand und Empfang von E-Mails kann unsicher sein. Sollte Ihr elektronisches Postfach nicht hinreichend gesichert sein oder sollten Dritte ein Passwort zum Zugriff haben, können diese sich von E-Mails Kenntnis verschaffen. Bei nicht verschlüsseltem Versand von E-Mails können Dritte diese auch darüber hinaus auslesen und damit vom Inhalt einer solchen E-Mail Kenntnis nehmen.

Mit dem Versand und Empfang elektronischer Post von und durch meine Gynäkologin Fatma Michels und ihrer Mitarbeiterinnen zum Zwecke meiner Behandlung bin ich einverstanden. Ich rufe mein E-Mail-Postfach regelmäßig ab. **(Ausdrückliche Verzichtserklärung)**

○ **Whats-App und/oder SMS**

Ich bin mit dem Austausch meiner erforderlichen Behandlungsdaten/-Ergebnisse über Whats-App und/oder SMS einverstanden.

Über mögliche datenschutzrechtliche Risiken habe ich mich selbstständig informiert, auch wenn die gesendeten Nachrichten über Whats-App durch den Betreiber durch eine sichere „Ende-zu-Ende“-Verschlüsselung verschlüsselt werden.

○ **Postversand**

Mit dem Versand von mir angeforderter Dokumente (z.B. Berichte, Befunde, Rezepte) an meine Adresse bin ich einverstanden.

Sollten sich meine hierfür benötigten Daten ändern informiere ich meine Gynäkologin entsprechend.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Dortmund, _____

Unterschrift der Patientin : _____
(ggf. gesetzlicher Vertreter/in)

Unterschrift Ärztin:

erstellt am 21.08.2020
von Janin Adamek

geprüft am 21.08.2020
von Lisa Slowinski

genehmigt am 24.08.2020
von Fatma Michels