



Hausärzte Bad Schwartau – Praxis Dr. med. Helge Züllich

Dr. med. Karen Kröger
Dr. med. Helge Züllich

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin
Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt, Palliativmedizin

Lübecker Straße 52
23611 Bad Schwartau

Telefon 0451 23434
Telefax 0451 26793

www.hausaerzte-bad-schwartau.de
praxis@hausaeerzte-bad-schwartau.de

KIM-Email-Adresse:
0189256.kvsh@kv.dox.kim.telematik

Informationen und Einwilligungserklärung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail oder sonstigen Messengerdiensten sowie zur Kontaktaufnahme per Telefon und/oder Fax

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bieten Ihnen einen **Service zur Erinnerung an mit uns vereinbarte Termine**, eventuelle **Folgetermine** oder auch **fällige Gesundheits- oder Vorsorgeuntersuchungen** an. Insbesondere möchten wir Sie gerne per E-Mail oder ggf. sonstigen Messengerdiensten oder per Telefon über Ihre Praxistermine informieren und Sie ggf. über das Eintreffen von Labordaten unterrichten. Des Weiteren können wir Ihnen per E-Mail oder SMS einen Einladungslink für eine **Videosprechstunde** übermitteln.

Auf diese Weise können wir Sie schneller, unkomplizierter und auf einem modernen, papierlosen Weg kontaktieren.

Medizinische Informationen, die einen unmittelbaren Zusammenhang zu Ihrer Gesundheit haben, oder Werbeangebote werden wir nicht an Sie senden. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der übermittelten Daten, etwa über die Mitteilung des Eintreffens von Laboruntersuchungen, mittelbar Rückschlüsse auf Ihren Gesundheitszustand möglich sein könnten, etwa dahingehend, dass Sie überhaupt einen Arzt aufgesucht haben.

Dieser Service ist für Sie kostenfrei. Jedoch benötigen wir Ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten.

Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und über Ihre Rechte finden Sie in unserer Datenschutzerklärung als Aushang in unserer Praxis oder auf unserer Webseite www.hausaerzte-bad-schwartau.de. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Meine Kontaktdaten:

Telefon: _____ **Mobil:** _____ **Festnetz:** _____

E-Mail-Adresse: _____

Freiwillige Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname: _____ **Geb.-Datum:** _____

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die Praxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) E-Mails über anstehende Termine und Folgetermine sowie Erinnerungen über fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen zu übermitteln. Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten) per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Praxis zu.

Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe.

Die Praxis weist darauf hin, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Daher wird geraten, die Zugangsdaten zu meinem E-Mail-Postfach vertraulich zu halten, um unbefugten Dritten keinen Zugriff auf eingehende E-Mails der Praxis zu ermöglichen.

Durch meine Unterschrift erkläre ich vorstehende Einwilligung als erteilt und die beigefügten Erläuterungen zur Datenverarbeitung im Rahmen der Kontaktaufnahme als zur Kenntnis genommen.

Datum, Unterschrift