

# Einverständniserklärung zum unverschlüsselten Versand von E-Mails mit Gesundheitsdaten

gem. Art.6 Abs 1 Satz 1a i.V.m. Art. 4 Nr.11 DSGVO

Ich,

Nachname	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
E-Mail-Adresse:	

*(bitte leserlich in Druckbuchstaben)*

bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per unverschlüsselter E-Mail durch die Psychotherapeutische Praxis Tanja Theimann, einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die mir zugesandten E-Mails personenbezogene Daten über meinen Gesundheitszustand gemäß Art. 9 DSGVO als besondere personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind, sind mir bewusst und ich akzeptiere sie. ZU den Risiken zählt insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung der E-Mail-Inhalte durch Dritte, beispielsweise durch Abfangen von E-Mails, bzw. Zugriff auf das von mir angegebene E-Mail-Postfach z.B. durch Familienangehörige.

Ich habe jederzeit das Recht auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift

*Bitte senden Sie die Unterlagen als .pdf per E-Mail an [praxis@theimann.de](mailto:praxis@theimann.de) oder postalisch an die Solingerstr. 6, 428547 Remscheid.*