



UROLOGIE BERLIN-ADLERSHOF

Einwilligungserklärung für den gebührenpflichtigen unverschlüsselten Versand von Rezepten, Ein- oder Überweisungen und Rechnungen per E-Mail

Name : Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse für den Versand:

1. Versand von Rezepten per unverschlüsselter E-Mail: Ich wünsche ausdrücklich den Versand meines Rezeptes und einer Ein-oder Überweisung per unverschlüsselter E-Mail, obwohl mir bekannt ist, dass der Versand nicht den Sicherheitsanforderungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entspricht. Ich bin darüber informiert, dass insbesondere bei Kassenrezepten (Muster 16) das Rezept im Original erforderlich ist und der Versand per E-Mail formell keine Gültigkeit besitzt.

2. Versand von Privatrechnungen per unverschlüsselter E-Mail: Ich bin ausdrücklich einverstanden, dass auch die Gebührenrechnung per unverschlüsselter E-Mail an mich versendet wird.

3. Haftungsausschluss: Ich entbinde die Arztpraxis Dr. med. Bernhard Schoensee von jeglicher Haftung in Bezug auf den Datenschutz beim unverschlüsselten E-Mail-Versand.

4. Kosten: Für den Versand des Rezeptes erhebt die Praxis eine Gebühr gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ): 10,72 EUR (GOÄ Ziffer 1, Steigerungsfaktor 2,3)

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____