

## Einverständniserklärung zur E-Mail-Korrespondenz

..... geb.: .....  
Name, Vorname des Patienten / der Patientin

*Erläuterung:*

*Der Versand personenbezogener Daten durch unverschlüsselte E-Mails ist aus datenschutzrechtlichen Gründen untersagt, sofern Sie hierzu nicht eine schriftliche Einwilligung erteilen. Mit dieser Einverständniserklärung stimmen Sie dem Versand unverschlüsselter E-Mails an Sie durch mich zu.*

Ich bin mit der Zusendung von personenbezogenen Daten über unverschlüsselte E-Mails von meinem Psychotherapeuten Herrn Dr. Alfred Zeitler an die nachstehend genannte E-Mail-Adresse einverstanden.

Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/in