

Einwilligung zum E-Mail Post-Austausch

Es besteht die Möglichkeit, mit der Praxis Informationen und Daten per E-Mail auszutauschen. Die Praxis wird den E-Mail-Verkehr im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten sollten nicht per E-Mail versendet werden. Über die prinzipiellen Unsicherheiten des E-Mail-Verkehrs wurde ich informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Ich wünsche dennoch mit der Praxis per E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Anschrift zu nutzen: ptp-dorsch@t-online.de

Ort/Datum..... Unterschrift Kind/Jugendlicher:.....

Ort/Datum..... Unterschrift Sorgeberechtigter:.....

Ort/Datum..... Unterschrift Sorgeberechtigte:.....