Martin F. J. Bauer
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)
Akupunktur, Manuelle Medizin (Mitglied MWE), Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt
Hauptstraße 71 ● 12159 Berlin, Tel: (030) 81 030 95 - 50 ● Fax: - 59
team@hausarzt-bauer.eu ● www.hausarzt-bauer.eu

Einwilligungserklärung – Aufklärung zum Datenschutz (DSGVO)

Patientin/Patient:

_____
Name, Vorname, Geburtsdatum

Kontaktdaten (z. B. Arztpraxisdaten/Arztname) für die Versendung von Dokumenten:

_____
Name, Adresse

_____
Telefon, Fax, E-Mail

Zweck der Kontaktaufnahme (z. B. Befundzusendung/-abfrage):

_____

Die E-Mail ist kein sicheres Medium zur Kommunikation und Kontakt-Aufnahme. Es sollte zur Übermittlung von sensiblen und personenbezogenen Daten nicht benutzt werden. Auch E-MailAdressen gehören zu den personenbezogenen Daten. Zur Einhaltung der DSGVO genügt es, E-Mails mit Personendaten verschlüsselt zu versenden.

Also müssen wir – der/die Patient/-in und die Praxis – bei der Korrespondenz via E-Mail besonders vorsichtig sein: Nutzung der End-zu-End-Verschlüsselung, unverfängliche Einträge im Betreff, Vermeiden von E-Mail-Adressen mit Personenbezug, Benutzung eines Aktenzeichens.

Oder nutzen Sie ein sicheres, End-zu-End-verschlüsseltes E-Mail-System wie Gnu-PG (z. B. GPG4WIN), unsere öffentlichen Schlüssel können Sie auf meiner Homepage herunterladen. Alternativ können Sie die Verschlüsselung mittels 7zip oder PDF-Dateien nutzen.
WICHTIG: Die Übermittlung des Passwortes sollte unbedingt auf einem anderen sicheren Weg – z. B. per Post, Telefon, Fax oder SMS – erfolgen.

Bitte beachten Sie unbedingt unsere **Datenschutzhinweise** und **Hinweise zum Kontakt** – insbesondere E-Mail-Kontakt – auf meiner Homepage www.hausarzt-bauer.eu.

Ich wünsche ausschließlich den verschlüsselten E-Mail-Kontakt per (BITTE ANKREUZEN)

□ GNU-PG □ PDF □ zip

□ Ich wünsche explizit eine unverschlüsselte Korrespondenz: Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich ausreichend über die Risiken und Bedenken hinsichtlich Datenschutzes aufgeklärt wurde, keine weiteren Fragen habe und ich auf jegliche Haftung der o. g. Arztpraxis bei Datenmissbrauch durch unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation verzichte.

_____
Ort, Datum Unterschrift (ggf. gesetzliche/r Vertreter/in)