

**üBAG Vogel-Wagner/ Hoffmann**  
**Diabeteszentrum Mittweida**  
**Weberstraße 52**  
**09648 Mittweida**



**Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail oder sonstigen  
Messengerdiensten sowie zur Kontaktaufnahme per Telefon und/oder Fax**

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bieten Ihnen als unsere Patientin/unseren Patienten einen besonderen Service zur Erinnerung an mit uns vereinbarte Termine, eventuelle Folgetermine oder auch fällige Gesundheitsuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen an. Insbesondere möchten wir Sie gerne per E-Mail oder ggf. sonstigen Messengerdiensten oder per Telefon über Ihre Praxistermine informieren und Sie ggfs. über das Eintreffen von Labordaten unterrichten. Auf diese Weise können wir Sie schneller, unkomplizierter und auf einem modernen, papierlosen Weg kontaktieren. Medizinische Informationen, die einen unmittelbaren Zusammenhang zu Ihrer Gesundheit haben, oder Werbeangebote werden wir nicht an Sie senden. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der übermittelten Daten, etwa über die Mitteilung des Eintreffens von Laboruntersuchungen, mittelbar Rückschlüsse auf Ihren Gesundheitszustand möglich sein könnten, etwa dahingehend, dass Sie überhaupt einen Arzt aufgesucht haben. Dieser Service ist für Sie kostenfrei. Zuvor müssten Sie uns bitte Ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten, insbesondere Ihrer E-Mail-Adresse, Ihrer Telefonnummer, sowie zum Erhalt von E-Mails und sonstigen elektronischen oder telefonischen Mitteilungen aus unserer Praxis für den oben angegebenen Umfang und Zweck geben. Rechtsgrundlage für eine Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Ohne diese – jederzeit widerrufbare – Einwilligung wird eine Kontaktaufnahme wie vorstehend beschrieben nicht erfolgen. Wir verweisen darüber hinaus auf die Datenschutzerklärung der Praxis, die auf für diese Einwilligung in die Kontaktaufnahme auf Grundlage dieser Einwilligung gilt.

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ihre E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung:**

Ich bin Patient/in dieser Arztpraxis. Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die Arztpraxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) E-Mails über anstehende Termine und Folgetermine sowie Erinnerungen über fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen zu übermitteln. Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten) per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Arztpraxis zu.

Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe. Mir ist bewusst, dass im Falle eines solchen Widerspruchs bzw. Widerrufs künftig die Arztpraxis mir keine elektronischen Nachrichten in dem vorbeschriebenen Umfang mehr zukommen lassen wird.

Die Arztpraxis weist darauf hin, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Daher wird geraten, die Zugangsdaten zu meinem E-Mail-Postfach vertraulich zu halten, um unbefugten Dritten keinen Zugriff auf eingehende E-Mails der Arztpraxis zu ermöglichen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_