

Einverständniserklärung zum unverschlüsselten Versand von E-Mails mit Gesundheitsdaten gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 a) i.V.m. Art. 4 Nr. 11 DSGVO

Ich,

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse – bitte leserlich in Druckbuchstaben schreiben

bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten per unverschlüsselter E-Mail durch die ifs-Ambulanz für Systemische Therapie (Institutsambulanz der ifs – Institut für Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung GmbH) einverstanden.

Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten über meinen Gesundheitszustand gemäß Art. 9 DSGVO als besondere personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind, sind mir bewusst und ich akzeptiere sie. Zu den Risiken zählt insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung der E-Mail-Inhalte durch Dritte, beispielsweise durch Abfangen von E-Mails, bzw. Zugriff auf das von mir angegebene E-Mail-Postfach z.B. durch Familienangehörige.

Ich habe jederzeit das Recht auf Widerruf.

Ort, Datum

Unterschrift