Liebe Patientin, lieber Patient,
soweit durch unser Sekretariat oder auf unseren Seiten und Formblättern personenbezogene Daten (beispielsweise Name, Anschrift oder E-Mail-Adressen) erhoben werden, erfolgt dies, soweit möglich, stets auf freiwilliger Basis. Die Nutzung unserer elektronischen Angebote und Dienste ist, soweit möglich, ohne Angabe personenbezogener Daten möglich. Viele unserer Patientinnen und Patienten wünschen auch eine elektronische Kommunikation per E-Mail oder App. Dazu benötigen wir von Ihnen eine Vollmacht, dass dies auch **unverschlüsselt** möglich ist. Sollten Sie keine Korrespondenz per E-Mail oder Internet-Datenübertragung wünschen, erhalten Sie alle Informationen per Post.
Sie erteilen eine Einverständniserklärung und Vollmacht zur E-Mail-Korrespondenz und Internet-Datenübertragung sowie zur Speicherung Ihrer Daten im Sekretariat wie folgt:

Ich, _____ _____ ____/____/_____
Vorname **Name** **Geburtsdatum**

erkläre (bitte ankreuzen) ☐ **für mich oder** ☐ **für meine/n Tochter/Sohn** _____

mit meiner Unterschrift auf diesem Formular auf der Grundlage der untenstehenden Informationen gegenüber dem Deutschen Hyperhidrosezentrum DHHZ, Chirurgische Praxis PD Dr. Schick, und gegenüber den dort tätigen MitarbeiterInnen meine Zustimmung zur unverschlüsselten E-Mail-Korrespondenz und Internet-Datenübertragung. Dies gilt auch für den erforderlichen Austausch personenbezogener Daten mit unserem externen Sekretariat (Die-Telefonhelden.de), den kooperierenden ambulanten Operations-/Anästhesie-Zentren IsarAOP, Sonnenstr. 29 in 80331 München und OP-Centrum München, Giesinger Bahnhofplatz 7 in 81539 München sowie dem Isarklinikum, Sonnenstr. 24-26 in 80331 München und der Clinic Dr. Decker, Seestr. 12 in 80802 München bei stationären Behandlungen.

Ich erkläre des Weiteren, dass mir die untenstehenden Informationen bekannt sind und ich diese verstanden habe. Ich hatte ausreichend Zeit um sie zu lesen und konnte alle mich interessierenden Fragen stellen.

1. Risiken
Mir ist bekannt, dass mit der Datenübertragung über das Internet (E-Mail, Datenübertragung aus Formularen auf der Homepage) Sicherheitsrisiken verbunden sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass die Wege, die ein elektronischer Brief durch das Internet nimmt, weder nachvollzogen noch abgesichert werden können, so dass es zu Bekanntwerden der Daten durch Zugriff Dritter, Datenverlust, Virenübertragung, Übersendungsfehler, Übersendungsausfälle etc. kommen kann. Mir ist weiter bekannt, dass eine Verschlüsselung aus arbeitsablauftechnischen Gründen nicht durchgeführt wird. Ein Recht, eine Verschlüsselung zu fordern, habe ich nicht.
Wegen des verstärkten Risikos der Übertragung von Viren bei Microsoft Word- und Excel-Attachments bei der Versendung von E-Mails erkläre ich mich bereit, dass Dokumente als Anhang von E-Mails (Attachments) ausschließlich im sogenannten Rich Text Format (Dateiabkürzung: .rtf) oder als (Portable Document Format) sog. pdf-Dokument versandt werden. Ich weiß und erkenne an, dass andere Dateiformate, insbesondere Microsoft Word und Excel Dokumente (Dateiabkürzung: .doc oder .docx, .xls oder .xlsx) nicht geöffnet, ausgedruckt oder auf ihren Inhalt kontrolliert zu werden brauchen. Sie gelten unter Umständen als dem DHHZ nicht zugegangen.

2. Einverständniserklärung, Schweigepflichtentbindung
Ich stimme unter Berücksichtigung und Inkaufnahme der oben genannten Gefahren ausdrücklich zu, dass mir oder Dritten Daten via E-Mail gesendet werden. Wegen der Gefahr des Zugriffs Dritter beim E-Mail-Versand entbinde ich PD Dr. Schick und seine MitarbeiterInnen ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

3. Zustellungs- und Kenntnisnahmerisiko
Ich übernehme das Zustellungs- und Kenntnisnahmerisiko. Wichtige Mitteilungen oder Fristsachen sollten nicht per E-Mail versandt werden, ohne sich zu vergewissern, dass diese auch beim Empfänger eingegangen und lesbar sind. Bei eiligen Angelegenheiten empfiehlt es sich, ergänzend anzurufen oder ein Telefax zu senden, gegebenenfalls auch als Hinweis auf die gesendete E-Mail. Bei in per E-Mail übersandten Schriftstücken enthaltenen Fristen wird keine Haftung für mögliche Fristversäumnisse übernommen. Es obliegt mir selbst, die rechtzeitige Bearbeitung der Fristen sicherzustellen.

4. Schadensersatzverzicht
Auf Schadensersatzansprüche, die sich aus der Nutzung des E-Mail-Versandes unmittelbar oder aus einem Ausfall der E-Mail-Nutzungsmöglichkeit ergeben können, verzichte ich hiermit ausdrücklich.

5. Schriftform
Diese Erklärung kann nur schriftlich und für die Zukunft widerrufen werden.

6. Salvatorische Klausel
Sollte eine dieser Regelungen unwirksam sein, wird davon die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung nicht berührt.

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift Patientin/Patient/Sorgeberechtigte/r