



Praxis für Psychotherapie · Rennershofstraße 3 · 68163 Mannheim

Einwilligung zum Kommunikationsaustausch per E-Mail und/oder SMS

Liebe Patientin, lieber Patient,

es besteht die Möglichkeit, mit Ihrer Therapeutin E-Mail-Kontakt und auch SMS-Kontakt aufzunehmen. Ihre Therapeutin wird den E-Mail-Verkehr und/oder die Kommunikation per SMS im Wesentlichen für Terminabsprachen nutzen. Sensible persönliche Daten werden nicht per E-Mail und/oder SMS versendet.

Gefahren der unverschlüsselten Kommunikation:

Mir ist bekannt, dass mit der schnellen und unkomplizierten Kommunikation über das Internet Sicherheitsrisiken verbunden sind. Insbesondere ist mir bekannt, dass die Übermittlung von elektronischen Briefen oder Nachrichten (E-Mails, SMS) nicht abgesichert und auch nicht nachvollzogen werden kann. Es ist nicht auszuschließen, dass Daten Dritten bekannt werden, Datenverlust eintreten kann und es zu Virenübertragung, Versendungsausfällen und Verzögerungen kommen kann. Eine Verschlüsselung von E-Mails/Nachrichten findet aus technischen Gründen nicht statt.

Einwilligung/Widerruf:

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mail- und SMS-Verkehrs wurde ich informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Folgen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich ändern oder widerrufen.

Ich wünsche mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin über E-Mail zu kommunizieren und bitte folgende E-Mail-Adresse zu nutzen:

Ich wünsche mit meinem Therapeuten/meiner Therapeutin über SMS zu kommunizieren und bitte folgende Handynummer zu nutzen:

Name, Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____



Praxis für Psychotherapie · Rennershofstraße 3 · 68163 Mannheim

Einwilligung zum Austausch von Gesundheitsdaten per E-Mail

Es besteht die Möglichkeit, auch über Terminabsprachen hinaus mit Ihrer Therapeutin per E-Mail **Gesundheitsdaten** über Ihre Person auszutauschen, sofern dies unter besonderen Umständen für einen erfolgreichen Therapieverlauf erforderlich ist.

Einwilligung/Widerruf:

Über die prinzipielle Unsicherheit des E-Mail-Verkehrs wurde ich informiert. In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich meiner Therapeutin

Frau _____

hiermit ausdrücklich die **Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen** mit mir über folgende E-Mail-Adresse **auszutauschen:**

E-Mail-Adresse: _____

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermittelt werden kann.

Name, Vorname: _____

Datum, Unterschrift: _____