

Praxisstempel

Einverständniserklärung zum Versand von Rechnungen per E-Mail

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir die Praxis Rechnungen und ggf. weitere Unterlagen an die von mir angegebene E-Mail-Adresse zusendet.

Mir ist bekannt:

- dass die Übermittlung ausschließlich verschlüsselt erfolgt,
- dass für die Übermittlung des Passworts zusätzlich meine Mobilfunknummer verwendet wird (2-Wege-Authentifizierung),
- dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Meine E-Mail-Adresse: _____

Meine Mobilfunknummer: _____

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diese Hinweise verstanden habe und mit dem Versand der Rechnung per E-Mail im Rahmen der beschriebenen Sicherheitsmaßnahmen einverstanden bin.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____