

Einverständniserklärung zur unverschlüsselten Kommunikation per E-Mail

Ärztezentrum Wohlen

Name cognome surname
Vorname nome first name
Geburtsdatum data di nascita date of birth
E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich ausnahmslos eine unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation wünsche.

Ich bin mir möglicher Risiken des unverschlüsselten Datenaustauschs (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten) bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen unverschlüsselten Kontakt zwischen meiner Ärztin/meinem Arzt respektive dem Praxisteam und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Ort, Datum luogo, data place, date
Unterschrift (der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen) firma (dei genitori o dei rappresentanti legali se si tratta di bambini) signature (of parent or legal representative if patient is a child)