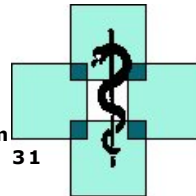


# Das HausarztZentrum

Dr. Jürgen SCHOTT / Dr. Klaus-Ulrich SCHMIER / Dr. Astrid SCHOTT  
Elisabeth HACHMÖLLER

Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Chirurgie / Ernährungsmedizin / Diabetologie  
Naturheilverfahren / Sportmedizin / Chirotherapie / Akupunktur / Verkehrsmedizin  
97506 Grafenrheinfeld 97493 Bergtheimfeld 97520 Röhlein 97525 Schwebheim  
Schmiedgasse 3 Hauptstraße 95 Hauptstraße 37 Schweinfurter Str. 31  
Telefon: 09723 / 931000 Fax 09723 / 936 9631



[www.hausarzt-sw.de](http://www.hausarzt-sw.de)

eMail: [praxis@hausarzt-sw.de](mailto:praxis@hausarzt-sw.de)

[www.facebook.de/DasHausarztZentrum](http://www.facebook.de/DasHausarztZentrum)

## Einverständniserklärung zum E-Mail und/oder Faxversand

Name: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Auf Grund von Datenschutz- und Sicherheitsbestimmungen im E-Mail-Verkehr werden von unserer Praxis grundsätzlich keine personenbezogenen Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails versendet.

Für den Fall, dass Sie in Zukunft dennoch per E-Mail kommunizieren möchten, ist abweichend von aktuellen Bestimmungen ein Versenden solcher Daten in einfachen, unverschlüsselten E-Mails nur dann zulässig, wenn von Ihnen eine unterschriebene Erklärung –in Papierform- vorliegt.

### Einverständniserklärung E-Mail Versand

Hiermit erkläre ich, dass ich ab sofort mit der Kommunikation bzw. der Zusendung von Daten per einfacher, unverschlüsselter E-Mail an die nachstehende genannte E-Mail-Adresse einverstanden bin. Mir ist bekannt, dass die mir zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind- insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir/uns bewusst.

Ihre E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.



### Einverständniserklärung Fax

Hiermit erkläre ich mich einverstanden damit, dass personenbezogenen Daten (z.Bsp. Blutbild) an mich per Fax verschickt werden dürfen.

Ihre Faxnr.: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.



HAUSÄRZTLICHES TÄTIGKEITSNETZ SCHWEINFURT  
ÄRZTE E. V.

