

Aufklärung und Einwilligung in die Nutzung unsicherer Kommunikationswege

Hiermit erkläre ich,

_____, geboren am _____

wohnhaft in _____

ggf. Name des Erziehungsberechtigten

dass ich die Übermittlung folgender personenbezogener Daten (z.B. Termini, Kontaktdaten, Befunde) durch die Praxis "Physio4Kids" über folgende Kommunikationswege ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung wünsche.

Email an folgende Adresse:

WhatsApp an folgende Nummer:

Sonstige:

Ich bin durch die Praxis ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift (bei Minderjährigen ges. Vertreter)