

## Einverständniserklärung zwecks Übermittlung von Laborbefunden per e-MAIL

Name des/der Versicherten: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Mir ist bewusst, dass bei der Übermittlung per e-Mail die Datenschutzrichtlinien nicht in ihrer Vollständigkeit gegeben sind, **da eine Verschlüsselung der e-Mail nicht erfolgt.**

Trotz sorgfältiger Bearbeitung der Daten können wir keine Gewähr für die korrekte Zustellung elektronischer Nachrichten übernehmen.

Hiermit stimme ich der Übermittlung meiner Laborbefunde aus dem MVZmib per MAIL zu.

Der Widerruf dieser Zustimmung muss schriftlich erfolgen an Labor MVZmib, Seestr. 13, 13353 Berlin.  
Ab 15.11.2016 an Labor MVZmib, Qudenarder Str. 16, 13347 Berlin

Berlin, den \_\_\_\_\_