

Einverständniserklärung zwecks Übermittlung von Laborbefunden per e-Mail

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

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

Stempel der Arztpraxis bzw. Name und Adresse der Ärztin / Arzt	
Bitte Mailadresse hier eintragen → An welche die Befunde gesendet werden sollen	
Bitte Kennwort für die PDF-Datei hier eintragen → Mindestens 8 Zeichen	

Hiermit stimme ich der Übermittlung der eiligen Laborbefunde meiner /unserer Praxis aus dem Labor MVZmib per MAIL zu.

Bei Widerruf dieser Zustimmung bitten wir um eine schriftliche Benachrichtigung per FAX.

Berlin, den _____

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bitte senden Sie uns dieses Formular vollständig ausgefüllt per FAX (030-44738145) zurück.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Team Labor MVZmib