

## Einverständniserklärung zwecks Übermittlung von Laborbefunden per E-Mail

Name: \_\_\_\_\_

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

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

E-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 meines Befundes aus der MVZ mib AG per E-Mail zu.

Der Widerruf dieser Zustimmung muss schriftlich erfolgen an:  
MVZ mib AG, Oudenarder Str. 16, 13347 Berlin

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_