

B.1.4.6	Einverständniserklärung zur E-Mail-Kommunikation	
---------	---	---

Daten

Name	:	
Vorname	:	
Straße	:	
Wohnort	:	
E-Mail-Adresse	:	

Erklärung

Ich wünsche die verschlüsselte E-Mail-Kommunikation mit der Praxis Dr. Mertens (E-Mail-Adresse: kontakt@dr-mertens.de).

Ich besitze ein für meine E-Mail-Adresse gültiges **S/MIME**- oder ein **PGP**-Zertifikat, mit dem ich jede an die Praxis geschriebene E-Mail unterschreibe

Ich besitze noch **KEIN** gültiges **S/MIME**- oder ein **PGP**-Zertifikat. Vor einer E-Mail-Kommunikation mir der Praxis Dr. Mertens werde ich ein gültiges Zertifikat erwerben

Ich wünsche explizit die **unverschlüsselte** E-Mail-Kommunikation mit der Praxis Dr. Mertens (E-Mail-Adresse: kontakt@dr-mertens.de). Der E-Mail-Transport von und zum Mail-Server der Praxis Dr. Mertens (mail.dr-mertens.de) ist verschlüsselt (TLS-Verfahren).

Mir ist bewusst, dass unverschlüsselte elektronische Nachrichten auf dem Kommunikationswege abgefangen, gelesen und verändert werden können; d.h. dass fremde Personen die von der Praxis Dr. Mertens an mich versandten Befunddaten und andere Inhalte medizinischen Inhalts ggf. lesen und manipulieren könnten. Für dieses potentielle Risiko trage ich daher alleine die Verantwortung und entbinde die Praxis Dr. Mertens aus jeglicher Haftung, die sich aus einem Schaden durch die unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation ergeben könnte.

Unterschrift

X	
Berlin, den	Unterschrift

Erstellt: Mertens	Geprüft: 03.06.2018	Freigegeben: 03.06.2018
Datum: 03.06.2018	Datum: 03.06.2018	Seite 1 von 1