

**Hautarzt**  
**Dr.med.Werner Müller**  
Heinrichstr.11, 36037 Fulda  
Tel.: 0661-240061; Fax: 0661-3801628  
[www.hautarzt-mueller-fulda.de](http://www.hautarzt-mueller-fulda.de)

**Einwilligung Zusendung Patientenakte via Email Korrespondenz:**

Name, Vorname:	
Geb.datum:	
Telefonnummer:	
Email Adresse:	

*Mit dieser Einverständniserklärung stimme ich dem Versand von Daten via E-Mail (unverschlüsselte E-Mail) durch Herrn Dr. Müller an die von mir angegebene Email Adresse zu.  
Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandte E-Mail personenbezogene Daten enthalten. Die Risiken, die mit dem Versand solcher Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte- sind mir bewusst und ich übernehme die volle Verantwortung.*

Datum: \_\_\_\_\_

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