Einverständniserklärung für E-Mail- und WhatsApp-Versand

Name: …… Vorname: ……

Adresse: ……

☑ **E-Mail**
Ich bestätige hiermit, dass meine Rechnungen, Laborberichte und die therapiebezogene Korrespondenz, auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin, elektronisch übermittelt werden dürfen und ich mir der dabei entstehenden Risiken für meine Persönlichkeit bewusst bin.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Rechnungen, Laborberichte und die therapiebezogene Korrespondenz, besonders sensitive Informationen enthalten können.

Ich bin mir bewusst, dass der elektronische Versand der Rechnungen, Laborberichte und die therapiebezogene Korrespondenz, über E-Mail unverschlüsselt erfolgt, weshalb nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder allenfalls die Informationen verändern können.

☑ **WhatsApp**
Auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin darf die therapiebezogene Korrespondenz, zusätzlich auch über WhatsApp übermittelt werden. Mir ist bewusst, dass WhatsApp ein Dienst eines Drittanbieters ist und trotz üblicher Ende-zu-Ende-Verschlüsselung insbesondere durch Fehladressierung, Zugriff auf mein Endgerät oder Backups nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte Zugriff auf besonders sensitive Informationen erhalten.

Minderjährige / bevormundete Klientinnen und Klienten
Bei minderjährigen oder urteilsunfähigen Klientinnen und Klientinnen ist die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters notwendig.

→ **Gesetzlicher Vertreter:** …… ……
Name *Vorname*

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Durch die Verweigerung der Einwilligung, die ohne Angabe von Gründen erfolgen kann, oder ihrem Widerruf entstehen keine Nachteile.

Durch die Verweigerung der Einwilligung, die ohne Angabe von Gründen erfolgen kann, oder ihrem Widerruf entstehen keine Nachteile.

Ort, Datum Unterschrift Klient/in

Schönenwerd, ……. ……

Praxis für Ernährung & AT-Therapie, Miriam Meister, Nussbaumerstrasse 18, 5012 Schönenwerd