

**Kinder- und Jugendärztin**  
**Ulrike Sonntag**  
Potsdamer Chaussee 80  
14129 Berlin

Tel.: 030 / 80 49 75 50  
Fax.: 030 / 80 49 75 52

hallo@kinderaerztin-sonntag.de

### Einwilligung zur elektronischen Kommunikation via E-Mail-Adresse

Daten des/der Patienten/Patientin:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich, \_\_\_\_\_,  Kindsmutter /  Kindsvater /  gesetzl. Vormund

bin mit der Kommunikation, sowie der Zusendung von Bescheinigungen, Terminen und anderen personenbezogenen (Gesundheits-)Daten einverstanden.

Ich weiß, dass das Senden unverschlüsselter E-Mails grundsätzlich aus datenschutzrechtlichen Gründen untersagt ist, jedoch wünsche ich explizit auch den Austausch via E-Mail, auch wenn mir die damit verbundenen Risiken (Einsicht unbefugter Dritter) bewusst ist.

Ich bin im Klaren darüber, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann, was allerdings die Einwilligung des bis dato erfolgten Schriftverkehrs nicht aufhebt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Sorgeberechtigte Person / Patient\*in (+18J)