



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

**Name des Klienten/der Klientin:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Telefon Mobil:** \_\_\_\_\_

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

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Rechnungen elektronisch per E-Mail an mich oder an die zuständige Versicherung übermittelt werden.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Rechnungen sensitive Informationen enthalten können.

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

Ich bestätige hiermit, dass meine Rechnungen auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin elektronisch übermittelt werden, und ich mir der dabei entstehenden Risiken für meine Persönlichkeit bewusst bin und diese in Kauf nehme.

Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Den Widerruf erfolgt an folgende E-Mail-Adresse: ariane@praxis-speck.ch

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

**Bei minderjährigen oder urteilsunfähigen Patienten ist die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters notwendig. Abmeldungen später als 48 Std. werden in Rechnung gestellt**

\_\_\_\_\_

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift

