



(BITTE NICHT AUSFÜLLEN)

Patientenetikett

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Datenschutzerklärung Online - Sprechstunde Präzisionsonkologie

Ich bin mir als Patient/in darüber bewusst, dass die Übermittlung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten per ungesicherter E-Mail über das Internet datenschutzrechtlich bedenklich ist. Ich willige trotz dieses Wissens in die ungeschützte Kommunikation zwischen dem LMU Klinikum und meiner Person per E-Mail ein, da dies im Rahmen des digitalen Beratungsangebots erforderlich ist. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen.

Zur Legitimation der hier von mir persönlich erteilten Einwilligung schicke ich Ihnen eine Kopie meines Personalausweises oder eines vergleichbaren Identifikationsdokuments meiner Person in einer getrennten E-Mail.

Datum, Unterschrift Patient/in