

## Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zur Durchführung von E-Mail-Kommunikation

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB, soweit dies für den Versand von E-Mails von dieser Arztpraxis an meine E-Mail-Adresse erforderlich ist.

Ich erkläre mich insoweit ausdrücklich einverstanden:

- mit der Weitergabe meiner zum Zwecke der E-Mail-Kommunikation erforderlichen Daten (E-Mail-Adresse) an CGM Deutschland AG, Business Unit TELEMED, Maria Trost 21, 56070 Koblenz.

Meine E-Mail-Adresse wird ausschließlich zum Zweck der Verarbeitung und Übermittlung der E-Mails von meinem behandelnden Arzt/Arztpraxis an meine E-Mail-Adresse verwendet.

Eine Weitergabe meiner E-Mail-Adresse an Dritte erfolgt nicht. Die Daten verbleiben im sicheren Rechenzentrum der CGM Deutschland AG in Deutschland und werden binnen 180 Tage gelöscht.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann.

Jede betroffene Person hat gegenüber der CGM Deutschland AG, Business Unit TELEMED, Maria Trost 21, 56070 Koblenz das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO.

Ansprechpartner für Anfragen ist CGM Deutschland AG, Business Unit TELEMED, Kundendienst, Maria Trost 21, 56070 Koblenz, E-Mail: [service@telemed.de](mailto:service@telemed.de), Telefon: 0261 8000-2007, Fax 0261 8000-2029.

Zu allen Fragen des Datenschutzes ist der Konzernbeauftragte für Datenschutz der CGM SE, Herr Hans Josef Gerlitz, Tel. 0261 8000 1667, Mail: [hansjosef.gerlitz@cgm.com](mailto:hansjosef.gerlitz@cgm.com), erreichbar.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich bei meinem behandelnden Arzt, welcher die E-Mail-Kommunikation nutzt, mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile, außer dass ich die E-Mail-Kommunikation mit der Arztpraxis nicht nutzen kann.

Name des Patienten \_\_\_\_\_

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

Unterschrift \_\_\_\_\_