

## Datenschutzrechtliche Einwilligung für unsichere Kommunikationswege

<b>Klient:</b>	<b>Ernährungsberatung Mona Poulev</b> Goldpeppingstraße 12 60435 Frankfurt am Main Tel.: 069-2002 3795 Fax: 069-2002 3783 Email: <a href="mailto:info@ernaehrungsberatung-poulev.de">info@ernaehrungsberatung-poulev.de</a>
----------------	--

Hiermit erkläre ich (Name) \_\_\_\_\_

dass die oben genannte Praxis zur Kommunikation bezüglich der Vorbereitung, Durchführung oder Abrechnung von Dienstleistungen der Praxis (z.B. Termini, E-Mailadresse, Kontaktdaten, Fotos von Mahlzeiten per Messenger, Zusendung von Befunden, Arztberichten, Zusendung der Rechnung für Dienstleistungen der Praxis für Ernährungstherapie via E-Mail)

Hier bitte näher bezeichnen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

über folgenden unsicheren Kommunikationsweg ohne weitere Sicherungsmaßnahmen und insbesondere unter Verzicht auf eine weitere Verschlüsselung mit mir in Kontakt treten darf.

- E-Mail an folgende Adresse:
- WhatsApp an folgende Nummer:  
Mir ist bewusst, dass WhatsApp, Inc. personenbezogene Daten (insbesondere Metadaten der Kommunikation) erhält, die auch auf Servern in Staaten außerhalb der EU (z.B. USA) verarbeitet werden. Diese Daten gibt WhatsApp an andere Unternehmen innerhalb und außerhalb der Facebook-Unternehmensgruppe weiter. Mir ist bewusst, dass die Praxis weder genaue Kenntnis noch Einfluss auf die Datenverarbeitung von WhatsApp, Inc. hat.

Facebook an folgenden Namen

Sonstige \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin durch die Praxis darauf hingewiesen worden, dass dieser Übertragungsweg nicht sicher ist und Gefahren für meine Daten birgt. Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit zukünftiger Wirkung widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_