

Dr. med. Katrin Fink

Dr. med. Claudia Christaller



Allgemeinarztpraxis

Notfallmedizin | Akupunktur | Palliativmedizin | Homöopathie
Tätigkeitsschwerpunkt Reisemedizin

Einverständniserklärung Befundübermittlung per E-Mail

Hiermit beauftrage ich meine Hausarztpraxis, meine Befunde und weitere wichtige Informationen, an die von mir angegebene E-Mail-Adresse zukommen zu lassen. Mir ist bekannt, dass diese Art der Datenübermittlung nicht absolut sicher vor Einsicht Dritter ist.

Datum: _____

Unterschrift Patient: _____