

**Dr. med. Thomas Führer**  
**Dr. med. Pia Huber\***  
**Dr. med. Mojgan Mahludjian\***  
Fachärzte für Hautkrankheiten und Allergologie  
**Dr. med. Stefan Cebulla\***  
Facharzt für Hautkrankheiten

HAUTÄRZTE  
ALLERGOLOGEN  
G I E S S E N  
PRIVAT  
PRAXIS  
DR. FÜHRER

Wellersburgring 20  
35396 Gießen-Wieseck  
Telefon 06 41 – 97 25 89-0  
Telefax 06 41 – 97 25 89-29  
[www.hautaerzte-giessen.de](http://www.hautaerzte-giessen.de)  
[praxis@hautaerzte-giessen.de](mailto:praxis@hautaerzte-giessen.de)  
\*Ärzte in Anstellung

Patienten-Nr. \_\_\_\_\_  
(ggf. von Praxis auszufüllen)

**Nachname, Vorname** \_\_\_\_\_, **Geb.-Datum** \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zum E-Mail-Versand / Fax-Versand**

**Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf die Praxis Dr. Thomas Führer sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen) an die folgende private E-Mailadresse mittels unverschlüsselter E-Mail / Fax Nr. senden darf:**

**Bitte haben Sie Verständnis, dass die Praxis keine medizinischen Daten an andere Ärzte per Mail übermitteln darf.**

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Fax-Nummer \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können.

Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann und dass ich meine behandelnden Ärzte oder die Praxis hierfür nicht haftbar machen kann.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs unberührt.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_