**Einverständniserklärung  
zur E-Mail-Korrespondenz zwischen**

dem Patienten/der Patientin:

und der Gesundheitsfachperson:

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit den folgenden Bedingungen einverstanden:

* Sie bestätigen, dass Ihnen bekannt ist, dass bei der Kommunikation per E-Mail auch sensible Daten übertragen werden.
* Das Risiko, dass Ihre Nachrichten von Personen mit bösen Absichten abgefangen werden, ist zwar gering, aber vorhanden.
* Ihre E-Mails sind wahrscheinlich nicht verschlüsselt und eignen sich daher nicht für den Austausch vertraulicher Informationen. Ich kann als Gesundheits- fachperson keine Garantie für die Vertraulichkeit übernehmen und für ein technisches Versagen des Systems nicht haftbar gemacht werden.
* Die E-Mail-Korrespondenz ist auf den Austausch einfacher Informationen beschränkt und für komplexe Situationen sowie medizinische Notfälle nicht geeignet.
* Als Gesundheitsfachperson setze ich mir das Ziel, Ihnen schnellstmöglich zu antworten, kann Ihnen aber keine festen Reaktionszeiten garantieren. Sie können mich unter folgender Nummer telefonisch erreichen: xxx xxx xx xx
* Bitte beachten Sie, dass ich ausserhalb der Geschäftszeiten, am Wochenende, an Feiertagen und in den Ferien keine E-Mails beantworte.
* Wählen Sie in einem medizinischen Notfall bitte direkt die Notrufnummer 144.
* Um eine effektive Korrespondenz zu gewährleisten, sind Sie verpflichtet, mir den Erhalt meiner E-Mail zu bestätigen, und ich werde das Gleiche tun.
* Sie sind ferner verpflichtet, mir mitzuteilen, wenn Sie die E-Mail-Korrespondenz nicht länger nutzen wollen.
* Beachten Sie bitte, dass Ihre Nachricht in Ihre Krankenakte aufgenommen wird.
* Bitte kontaktieren Sie mich telefonisch, wenn Sie Zweifel am Inhalt der ausgetauschten Nachrichten haben, damit allfällige Missverständnisse gar nicht erst aufkommen.

Ort und Datum Ort und Datum

Patient/Patientin Gesundheitsfachperson