

Einwilligungserklärung: Elektronischer Versand von Rückforderungsbelegen

Anbieter (Rechnungssteller)

Sakura Spa GmbH
Poststrasse 14
9000 St. Gallen

Kundin / Kunde:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligung zum E-Mail-Versand:

Ich wünsche den Erhalt meiner Rückforderungsbelege (gemäss Tarif 590 / Massage-Leistungen) für die Krankenkasse in digitaler Form an folgende E-Mail-Adresse:

E-Mail-Adresse:

Rechtliche Hinweise & Risikoaufklärung:

1. **Datenschutz:** Mir ist bekannt, dass der Versand von Gesundheitsdaten über Standard-E-Mails (unverschlüsselt) Sicherheitsrisiken birgt. Es besteht die Möglichkeit, dass unbefugte Dritte den Inhalt der Nachricht oder Anhänge einsehen oder verändern können.
2. **Entbindung von der Schweigepflicht:** Ich entbinde die Sakura Spa GmbH sowie die behandelnde Therapeutin, Frau Elvira Baumgartner, hiermit ausdrücklich von der beruflichen Schweigepflicht bezüglich des Übermittlungsweges per E-Mail.
3. **Zahlung vor Ort:** Ich bestätige, dass die Behandlung jeweils direkt vor Ort im Sakura Spa bezahlt wird. Der Rückforderungsbeleg dient meiner persönlichen Einreichung bei der Krankenkasse.
4. **Widerruf:** Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Ort, Datum: St. Gallen, den _____

Unterschrift Kundin/Kunde: _____