

20.06.2018

Mein Aktenzeichen Tgb.-Nr. 59/2018 Bitte immer angeben!	Ihr Schreiben vom	Ansprechpartner/-in / E-Mail Dr. Karl Zimmer karl.zimmer@lua.rlp.de	Telefon / Fax 0261 9149-310 0261 9149-55574
--	--------------------------	--	--

Elektronische Übermittlung von Untersuchungsbefunden, datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Verbesserung der Kommunikation bietet das Landesuntersuchungsamt ab sofort die elektronische Übermittlung von Untersuchungsbefunden und sonstigen Mitteilungen im Rahmen der Tierseuchendiagnostik und der Tiergesundheitsvorsorge an eine von Ihnen benannte E-Mail-Adresse an.

Zur Wahrung der Vertraulichkeit werden allerdings bei der elektronischen Übermittlung von Untersuchungsbefunden hohe Anforderungen an die Datensicherheit gestellt. Voraussetzung für eine elektronische Übermittlung von Untersuchungsbefunden ist daher eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung. Ein entsprechendes Formular ist diesem Schreiben beigelegt.

Sofern Sie die elektronische Übermittlung von Untersuchungsbefunden und sonstigen Mitteilungen in Anspruch nehmen wollen, senden Sie bitte das beigelegte Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an das Landesuntersuchungsamt zurück. Die Befundmitteilung per Post entfällt dann.

Wir hoffen, Ihnen hiermit eine deutliche Verbesserung der Kommunikation zu bieten und freuen uns auf Ihre Rückmeldung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Landesuntersuchungsamt

1/1 Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag

Wochenende und Feiertage

09:00 bis 12:00 Uhr

14:00 bis 15:30 Uhr

09:00 bis 11:00 Uhr

Bankverbindung:

Konto der Landesoberkasse – Außenstelle Trier

IBAN: DE15 5700 0000 0057 0015 13

BIC: MARKDEF1570

Vorname, Nachname

Straße

PLZ, Wohnort

Betriebsstätten-Nummer

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit willige ich ein in die **elektronische Übermittlung von Untersuchungsbefunden und sonstigen Mitteilungen des Landesuntersuchungsamtes im Rahmen der Tierseuchendiagnostik und der Tiergesundheitsvorsorge** an meine unten angegebene E-Mail-Adresse.

Hierbei bestätige ich, dass die Einwilligung auf meiner freien Entscheidung beruht, die Untersuchungsbefunde und sonstigen Mitteilungen auf elektronischem und nicht auf postalischem Weg zu erhalten. Diesbezüglich wurde ich darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Ferner wurde ich darauf hingewiesen, dass auch für den Widerruf der Einwilligung die Schriftform zu wahren ist.

Ich bin mir bewusst, dass mit Übersendung der Unterlagen an meine E-Mail-Adresse das sichere RLP-Netz verlassen wird und damit die E-Mail seitens unberechtigter Dritter sowohl mitgelesen als auch verändert werden kann. Es handelt sich mithin um keinen sicheren Übertragungsweg.

Für die unten angegebene E-Mail-Adresse besitze ich die entsprechenden Verfügungs- und Benutzungsrechte.

Meine E-Mail-Adresse lautet wie folgt:

Ort, Datum

Unterschrift

Urschriftlich zurück an:

Landesuntersuchungsamt

Postfach 300555

56028 Koblenz