

Chefarzt: Prof. Dr. med. L. Wilkens

Zeichen: Gebhardt / Hoffmann

Durchwahl: (0511) 970 1429/-1430

Telefax: (0511) 970 1649

E-Mail: jasmin.gebhardt@krh.de

Datum: 20.10.2025

Betreff: Einstellung des Briefversands – Umstellung auf sicheren E-Mail-Versand

Sehr geehrte Damen und Herren,

um unsere Kommunikation effizienter, umweltfreundlicher und zugleich sicherer zu gestalten, stellen wir den herkömmlichen Briefversand ein. Zukünftig erhalten Sie Ihre Unterlagen ausschließlich in elektronischer Form.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt per E-Mail im SMIME-Standard (S/MIME). Die Dokumente werden Ihnen als PDF-Datei zur Verfügung gestellt. Für die Nutzung wird ein persönliches Zertifikat eingerichtet, welches über unser System Nexus verwaltet wird. Dies ermöglicht Ihnen eine geschützte Kommunikation mit unserem Institut.

Bitte beachten Sie, dass für den verschlüsselten E-Mail-Versand ein kompatibles E-Mail-Programm erforderlich ist. Unterstützt werden derzeit:

- Microsoft Outlook (Version 2003 bis 2019)
- Mozilla Thunderbird

Für die Einrichtung des Zertifikats und die Installation stehen wir Ihnen selbstverständlich unterstützend zur Seite.

Wir bitten Sie zudem, uns die ausgefüllte zweite Seite des beigefügten Formulars zeitnah zurückzusenden, damit wir Ihr Zertifikat anlegen und den sicheren E-Mail-Versand aktivieren können.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Kooperation bei der Umstellung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Pathologisches Institut am Klinikum Nordstadt

Rückantwort

- bitte per Post oder per Mail an jasmin.gebhardt@krh.de

Zustimmung zum verschlüsselten E-Mail-Versand (SMIME)

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte kreuzen Sie nachfolgend an, ob Sie der Umstellung auf den sicheren E-Mail-Versand über SMIME zustimmen oder diese ablehnen. Bitte füllen Sie die weiteren Angaben vollständig aus und senden Sie uns diese Rückantwort unterschrieben zurück.

[] Ja, ich stimme der Umstellung auf den verschlüsselten E-Mail-Versand zu.

[] Nein, ich wünsche weiterhin eine andere Form der Kommunikation. (**ausschließlich Brief**)

Angaben zur Praxis / Einrichtung:

Name der Praxis / Einrichtung	
Adresse	
Telefonnummer	
Faxnummer	
LANR	
BSNR	
Aufgeführte Ärzte (mit Namen)	

E-Mail-Adresse für die Kommunikation: _____

KIM-/Telematik-E-Mail-Adresse (falls vorhanden): _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift/Stempel: _____