

Einverständniserklärung

Protokoll Nummer:

Ich ersuche hiermit ausdrücklich um Versand meiner Befunde per E-Mail, Fax oder per Post an mich selber und an mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt.

Patientenname:

Geburtsdatum:

Fax Nummer und/oder
E-Mail Adresse in
BLOCKBUCHSTABEN:

Beispiel: MAX . MUSTERMANN @ GMX . AT oder Fax: 01 9826464 20

An zusätzliche
medizinische Einrichtung:

Alle Angaben(außer der Protokoll Nummer) sind von mir selbst ausgefüllt. **Ich habe die ausgehängte Patienteninformation zur DSGVO gelesen und stimme ihr zu.** Ich stimme der Befundübermittlung an mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt per Fax, Post und elektronischer Kommunikation zu. Ich stimme zu, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt 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 einschließlich der Anwendung von Arztspezialitäten, erhalten darf. Die digitale Befundabfrage sowie die elektronische Befundübermittlung erfolgen unter Zuhilfenahme von Dienstleister wie Internetprovider, Email Anbieter oder Online Portalanbieter. Wir haben mit den Dienstleistern die gesetzlich erforderlichen Vereinbarungen und Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen. Ich bin mir der Risiken, die mit dem Versand von Daten im Internet oder dem Versand von Befunddaten per Fax/Telefon bestehen können bewusst. Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten es möglich ist, dass unberechtigte Dritte Kenntnis der Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. **Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.** Der Widerruf berührt nicht die Gültigkeit der bereits übermittelten Daten bis zum Widerruf. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum, Unterschrift:

.....