



Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin,

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bitte ich Sie die folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Nur so können wir eine kontinuierliche Betreuung zwischen Ihnen, Ärzt*Innen und anderen medizinischen Einrichtungen (z.B. Labore) gewährleisten.

„Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf. Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Persönlicher Datenschutz, kreuzen Sie bitte an:

Terminereinerungen dürfen per SMS an die von mir angegebene Mobilfunknummer gesandt werden. Meine Zustimmung gilt bis auf Widerruf.

Ja **Nein**

Terminereinerungen dürfen an die von mir angegebene E-Mail-Adresse übermittelt werden. Meine Zustimmung gilt bis auf Widerruf.

Ja **Nein**

Sämtliche Informationen aus meiner Patientinnendokumentation (Befunde, Diagnosen, Schwangerschaftsverlauf, Überweisungen, Rezepte etc.) dürfen auf meinen Wunsch verschlüsselt an die von mir angegebene E-Mail-Adresse gesandt werden. Meine Zustimmung gilt bis auf Widerruf.

Ja **Nein**

Meine Befunde dürfen an meine Fachärztin/meinen Facharzt übermittelt werden. Ich stimme zu, dass dies auch in Form einer verschlüsselten E-Mail erfolgen darf. Meine Zustimmung gilt bis auf Widerruf.

Ja **Nein**

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass bei unverschlüsseltem E-Mail-Versand der Schutz und die Integrität der Daten nicht gewährleistet werden können.

Bad Ischl, am _____

Unterschrift der Patientin _____

