

Einverständniserklärung zur Speicherung und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Name:
Anschrift:
SV-Nummer:
Geburtsdatum:
Hausarzt:

Einverständniserklärung zur Speicherung von Behandlungsdaten und Befunden

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dr. Stoiber Natalija und deren Vertretung meine persönlichen Stammdaten (wie z.B. Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsdaten, usw.) sowie meine Gesundheitsdaten (wie z.B. Krankheitsverlauf, Diagnostik, Befundung, Therapie, Vorsorge usw.) zum Zwecke meiner ärztlichen Behandlung speichern darf.

Mir ist bekannt, dass einem Antrag des Patienten auf Löschung von Daten aus der Patientenakte, aufgrund des § 51 Abs. 3 Ärztegesetz erst nach Ablauf der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht (10 Jahre bzw. in Sonderfällen 30 Jahre) entsprochen werden kann.

Einverständniserklärung zur Einholung von Behandlungsdaten und Befunden

Ich bin damit einverstanden, dass Dr. Natalija Stoiber und deren Vertretung Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die einem anderen Arzt, einem Therapeuten, einem Krankenhaus, einem Labor oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Durch meine Unterschrift sind die betroffenen Personen bevollmächtigt diese Daten an Ihre Ordination weiterzuleiten. Ihre Ordination darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Ich stimme zu, dass Dr. Stoiber Natalija und deren Vertretung bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meine persönlichen Patientenstammdaten, 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) zum Zwecke meiner ärztlichen Behandlung

- an andere Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser und Labors im Rahmen einer Überweisung weitergeben darf
- an andere Ärzte im Rahmen meiner Behandlung weitergeben darf

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum: Unterschrift:

Patient oder gesetzlicher Vertreter

Einwilligungserklärung E-Mailübermittlung für Patienten

Ich stimme zu, dass Dr. Stoiber Natalija und deren Vertretung 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 Arzneispezialitäten und Terminvereinbarungen) an die folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden darf.

Bitte Ihre Daten vollständig angeben!

Telefonnummer:

E-Mail:

Weiters stimme ich zu, dass mit mir per Telefon, SMS oder Fax kommuniziert werden darf.

Zustimmungserklärung Datenübernahme

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Frau Dr. Stoiber Natalija meine Patientenkartei, die sie von Dr. Walter Kronich übernommen hat, für meine weitere Behandlung verwendet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die 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. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum: Unterschrift:

Patient oder gesetzlicher Vertreter

Zur Information

Wir arbeiten mit folgenden Instituten zusammen:

Labor: ENML- Erste NÖ Medizinische Laborbetriebs GmbH, A-3104 St. Pölten

Pathologisches Institut: Kaserer, Koperek und Beer OG, Reisnerstrasse 5, 1030 Wien

BITTE BEACHTEN SIE!

Wenn Sie ihren **Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie dies spätestens am Vortag bekanntzugeben** (telefonisch Mo-Mi-Do 9-12 Uhr oder unter ordination@frauenarzt-stoiber.at).

Bei unentschuldigtem Nichterscheinen verrechnen wir 50 Euro.