



Dr. Max Mustermann

ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Diplom für Mustertherapie & Mustermedizin

www.dr-mustermann.at

Privat und alle Kassen



+43 (0) 4141 41414



Musterstraße 44
1111 Beispielort



ordi@dr-mustermann.at

Einverständniserklärung zur Speicherung und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Name: **Max Mustermann**
Anschrift: 1111 Beispielort, Musterstraße 44
SV-Nummer: 0000 290949

Einverständniserklärung zur Speicherung von Behandlungsdaten und Befunden

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dr. med. Evelyn Klein 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. med. Evelyn Klein 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. med. Evelyn Klein 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.

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.

25.04.2022

Unterschrift:

Patient oder gesetzlicher Vertreter