

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Abgeschlossen zwischen der Allergieambulatorium W.W. GmbH (im Folgenden Allergiezentrum Wien West) einerseits und andererseits:

VORNAME Patient/Patientin

NACHNAME Patient/Patientin

GEBURTSDATUM (Tag, Monat, Jahr)

m w
GESCHLECHT

TELEFON

E-MAILADRESSE Patient/Patientin

@

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Daten an andere Ärzte und medizinische Einrichtungen:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass das Allergiezentrum Wien West Informationen aus meiner Patientendokumentation (insb. Befunde, Rezepte, Überweisungen, Stammdaten, Informationen über Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, Vorgeschichte einer Erkrankung, Diagnose, Krankheitsverlauf sowie Informationen über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation) an andere Ärzte (z.B. Hausarzt, Zuweiser), gesetzliche Sozialversicherungsträger oder medizinische Einrichtungen weitergeben darf. Letzteres gilt insbesondere im Falle von Blutabnahmen, die zu weiterführenden Untersuchungen an entsprechende Laboratorien übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Einwilligungserklärung zu Terminerinnerungen für Patienten:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass das Allergiezentrum Wien West Terminerinnerungen an die von mir bekanntgegebene Post-Adresse, E-Mail-Adresse und Mobilfunknummer übermitteln darf. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Einwilligungserklärung zur E-Mail-Übermittlung für Patienten:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass das Allergiezentrum Wien West Informationen aus meiner Patientendokumentation (insb. Befunde, Rezepte, Überweisungen, Stammdaten, Informationen über Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, Vorgeschichte einer Erkrankung, Diagnose, Krankheitsverlauf sowie Informationen über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Medikation) in unverschlüsselter Form an die von mir bekanntgegebene E-Mail-Adresse übermitteln darf. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Wien, am _____

X

Unterschrift Patient/Patientin

Unterschreibt ein Elternteil als Erziehungsberechtigte/r allein, so erklärt sie/er mit ihrer/seiner Unterschrift, dass ihr/ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

- bei Personen ab 18 Jahren unterschreibt der Erwachsene
- Kinder ab 14 Jahre: Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten plus Unterschrift Kind
- Kinder unter 14 Jahre: Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten