

Einwilligungserklärung – Datenschutzformular

1.) Ich stimme bis auf Widerruf zu, dass **meine behandelnde Ärztin (Frau Dr. Ulrike Thelesklav)** sämtliche **Informationen aus meiner Patientendokumentation** (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten)

- an andere Ärzte im Rahmen der Überweisung weitergeben darf
- an andere Ärzte weitergeben darf
- von anderen Ärzten diese Information anfordern darf
- im Zuge von Laborzuweisungen die Information anfordern darf.

Die Weitergabe und die Anforderung der Informationen dürfen ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

2.) Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine bezahlten **Honorarnoten direkt** über das IT-System meiner behandelnden Ärztin **an meine gesetzliche Krankenkasse** (ÖGK, SVS und BVAEB) übermittelt werden.

3.) Ich stimme ausdrücklich zu, dass mir bis auf Widerruf meine Ärztin **Erinnerungen an Termine und Kontrollen** per SMS, telefonisch, per E-Mail/sonstige elektronische Kommunikation (unverschlüsselt) zusenden darf.

Alle oder auch nur einzelne der vorherigen Einwilligungen kann ich **jederzeit** mittels Briefes oder per E-Mail **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

NUR AUSFÜLLEN, WENN KEINE UNTERSCHRIFT AM SIGNATURE PAD IN DER ORDINATION ERFOLGT:

Patientenname (in Blockbuchstaben)	
Geburtsdatum	
Name des obsorgeberechtigten Elternteils (in Blockbuchstaben)	
Datum	Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Kindern <14 Jahren)