

Einwilligungserklärung

- **Datenerhebung**

Ich stimme zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und das pflegerische Personal meine personenbezogenen Daten (SVNR, Geburtsdatum, Adresse, Gesundheitsdaten) im Rahmen des Behandlungsvertrages zur Gesundheitsversorgung und Krankenbehandlung erheben, verarbeiten und speichern dürfen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten anonymisiert zum Zweck der Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können.

- **Kommunikation zwischen Ärzten und medizinische- bzw. pflegerische Einrichtungen, sowie Gesundheitsbehörden**

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und damit zusammenhängende Angaben zwischen anderen Ärzt*innen und/oder medizinische- bzw. pflegerische Einrichtungen, in deren Behandlung bzw. Betreuung ich mich befinde oder begeben, versendet und empfangen werden dürfen.

Weiters stimme ich zu, dass meine behandelnde Ärzt*innen bei Zuweisungen zu anderen Ärzt*innen oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis erhalten.

- **Rechtliche Bestimmungen**

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlegen des Widerrufs unberührt.

- **Kontaktdaten**

Wenn Sie glauben, dass Ihre Daten unsachgemäß behandelt werden, wenden Sie sich bitte schriftlich an:

Frau Dr. Diana Meichel
Puchheimerstraße 21b
4800 Attnang-Puchheim AT

Email Adresse: Ordination-Meichel@medway.at

Datum

SVNR

Unterschrift