

Datenschutz-Einverständniserklärung

Patientenname: _____

geb. am _____

Elektronischer Datenaustausch zum Zwecke der Behandlung

Ich nehme zur Kenntnis, dass **Hansson Diagnostik**, Dr. Lustig & Partner, Fachärzte für Radiologie OG meine Patientendokumentation¹ zum Zwecke meiner Behandlung den bei ihr tätigen Ärzten und Gesundheitsdiensteanbietern zur Verfügung stellt.

Ich stimme zu, dass die genannte Diagnoseeinrichtung meine Patientendokumentation¹ zum Zwecke meiner Behandlung **anderen Ärzten und Gesundheitsdiensteanbietern zur Verfügung stellen darf**.

1. Ja Nein

Darüber hinaus stimme ich zu, dass die genannte Diagnoseeinrichtung meine Patientendokumentation¹ zum Zwecke meiner Behandlung **von Ärzten bzw. Gesundheitsdiensteanbietern anfordern darf**.

2. Ja Nein

Elektronischer Versand von Befunden, Benachrichtigungen und Termin-Erinnerungen

Ich stimme zu, Befunde, Benachrichtigungen und Termin-Erinnerungen von der genannten Diagnoseeinrichtung **per elektronischem Versand zu erhalten**.

Mir ist bekannt, dass hierbei personenbezogene Daten zugesandt werden können. Die Risiken, die mit dem Versand verbunden sind – insbesondere die Gefahr einer unbefugten Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

3. Ja Nein

Elektronischer Versand von Informationen

Ich stimme zu, über Diagnostikangebote und -dienstleistungen (z.B. Vorsorgeuntersuchungen) der Dr. Lustig und Partner, Fachärzte für Radiologie OG per elektronischem Versand informiert zu werden.

Mir ist bekannt, dass hierbei personenbezogene Daten zugesandt werden können. Die Risiken, die mit dem Versand verbunden sind – insbesondere die Gefahr einer unbefugten Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

4. Ja Nein

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels eingeschriebenen Brief an - Dr. Lustig & Partner, Fachärzte für Radiologie OG, Ada-Christen-G. 2, 1100 Wien - widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Mailadresse: _____

Telefonnummer: _____

Wien, _____

Ort, Datum

.....

Unterschrift

¹ 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.