

PATIENTENDATENBLATT

Name :

Versicherungsnummer, Geburtsdatum :

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

Wohnadresse:

PLZ/ORT:

Telefonnummer :

E-Mail-Adresse :

Allergien:

Allgemeine Erkrankungen:

Medikamente:

Passwort (für Befundauskünfte per Telefon):

Auf Frau Dr. Wimpissinger aufmerksam geworden durch:

Erklärung: Ich wurde darüber informiert, dass ich nach der stattgefundenen Untersuchung bzw. mit verbundenem Auge nicht berechtigt bin, ein Kraftfahrzeug zu lenken.

Datum:

Unterschrift:

Datenschutz

Ihre oben genannten personenbezogenen Daten (die personenbezogenen Daten Ihres Kindes) werden zum Zweck der Erfüllung des mit dem behandelten Arzt abgeschlossenen Behandlungsvertrages verarbeitet. Die Bereitstellung dieser Daten ist freiwillig. Allerdings ist eine Behandlung nicht möglich, wenn Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen.

Folgende personenbezogene Daten werden verarbeitet: Name, Titel, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Kommunikationsdaten (z.B. Telefon, e-mail), medizinische Patientendaten (z.B. Krankengeschichte, Diagnosen, Befunde, Rezepte, Medikation, Leistungen, biometrische Daten zur eindeutigen Identifizierung), Versicherungsdaten (z.B. Krankenkasse, Versicherungsnummern), Zahlungsdaten.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur so lange aufbewahrt, wie dies vernünftigerweise von uns als nötig erachtet wird, um die zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlichen Zwecke zu erreichen und wie dies nach anwendbarem Recht zulässig oder – zur Wahrung der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten – erforderlich ist.

Sie stimmen zu, dass Ihre personenbezogenen Daten bis auf Widerruf unverschlüsselt an die von Ihnen angegebene e-mail-Adresse gesendet werden dürfen. Sie nehmen zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können. Weiters sind Sie damit einverstanden, von uns allgemeine Informationen, auch in Form von e-mail-Newslettern, zu erhalten.

Nach geltendem Recht sind Sie unter anderem Berechtigter, (1.) zu überprüfen, ob und welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert wurden und Kopien dieser Daten zu erhalten, (2.) die Berichtigung, Ergänzung oder das Löschen ihrer personenbezogenen Daten, die falsch sind oder nicht rechtskonform verarbeitet werden, zu verlangen, (3.) die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, oder (4.) unter bestimmten Umständen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen:

Ich stimme zu, dass meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben werde, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wie oben geschildert einverstanden.

Datum:

Unterschrift: