

## Einverständniserklärung

NAME :

, geb.:

### Elektronischer Datenaustausch zum Zwecke der Behandlung

**ICH NEHME ZUR KENNTNIS**, dass das **Institut für bildgebende Diagnostik und die Radiologie OG Wegenschimmel –Eibenberger** meine Patientendokumentation<sup>1</sup> zum Zweck meiner Behandlung den bei ihm ansässigen(= arbeitenden) Ärzten zur Verfügung stellt.

Ich stimme zu, dass das **Institut für bildgebende Diagnostik und die Radiologie OG Wegenschimmel –Eibenberger** meine Patientendokumentation<sup>1</sup> zum Zwecke meiner Behandlung anderen Ärzten und Gesundheitsdiensteanbietern **zur Verfügung stellen darf**.

- JA  NEIN (dann dürfen wir Ihre Befunde **NICHT** an den Hausarzt oder andere Sie behandelnde Ärzte und Krankenhäuser weiterleiten!)

Darüber hinaus stimme ich zu, dass das **Institut für bildgebende Diagnostik und die Radiologie OG Wegenschimmel –Eibenberger** meine Patientendokumentation<sup>1</sup> zum Zwecke meiner Behandlung von Ärzten bzw. Gesundheitsdiensteanbietern (= z.B. Krankenhäusern) **anfordern darf**.

- JA  NEIN (dann dürfen wir zur vollständigen Befundung Ihrer Untersuchung von anderen Ärzten und Krankenanstalten **KEINE** Befunde anfordern)

### Elektronischer Versand von Benachrichtigungen und Termin-Erinnerungen

Ich stimme zu, Benachrichtigungen und **TERMIN -ERINNERUNGEN** vom **Institut für bildgebende Diagnostik und der Radiologie OG Wegenschimmel –Eibenberger** per elektronischem Versand zu erhalten.(SMS )

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

- JA  NEIN

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an das **Institut für bildgebende Diagnostik oder der Radiologie OG Wegenschimmel –Eibenberger** oder per E-Mail an [anmeldung@radiologie-waidhofen.at](mailto:anmeldung@radiologie-waidhofen.at) widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Waidhofen, am \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 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 Arztspezialitäten.