

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

Ich stimme zu, dass die Ordination Dr. Schmid 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 die Ordination Dr. Schmid 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.

Datum

Unterschrift