

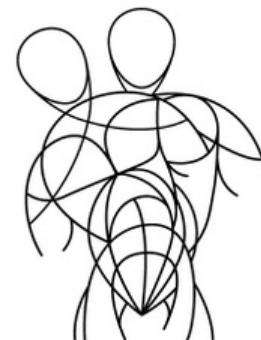
Vorname und Name:

Adresse:

PLZ:

Ort:

Datum:



ZWICK
ORTHOPÄDIE

Einwilligungserklärung in die Befund-Übermittlung an Patienten

Praxis Zwick und Zwick

Name:

Petrifelderstraße 13
8042 Graz
Österreich

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein behandelnder Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit 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 Arzneyspezialitäten) sowie eingehende Befunde

Telefon +43 (0) 316 422
300
office@dr-zwick.at
www.dr-zwick.at

an die folgende Telefon-Nummer mittels verschlüsselter Textnachricht senden darf:
Telefon-Nummer:

an die folgende Email-Adresse mittels verschlüsselter Übertragung senden darf:
Email-Adresse:

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung von Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen könnte.

Datum

Unterschrift



Praxis Zwick und Zwick

Petrifelderstraße 13
8042 Graz
Österreich

Telefon +43 (0) 316 422
300
office@dr-zwick.at
www.dr-zwick.at

Einwilligungserklärung zur Direktweitergabe von Befunden an überweisende Ärzte

Name:

Ich stimme bis auf Widerruf zu, dass mein behandelnder Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte meiner Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arztspezialitäten)

- an andere Ärzte im Rahmen der Überweisung weitergeben darf
- an andere Ärzte weitergeben darf
- von anderen Ärzten diese Information anfordern darf
- im Zuge von Laborzuweisungen die Information anfordern darf.

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Weitergabe und Anforderung der Information darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief, per Email sowie telefonisch widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Datum

Unterschrift