

Name der Patientin/des Patienten:

Geb. Datum:

Name des obsorgeberechtigten Elternteils:

Einwilligungserklärung

Der Kinder-Ordination im Sonnwendviertel von Herrn Dr. Paul Haidl ist der Schutz Ihrer Privatsphäre und der Privatsphäre ihrer Kinder sehr wichtig.

Für die routinemäßige für die Behandlung von Patienten **gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation** ist keine Einwilligung erforderlich.

Notwendige Zustimmungen:

Um die fachübergreifende Behandlung zu ermöglichen, müssen Sie der Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen zustimmen (beispielsweise dürften sonst Röntgeninstitute oder Labore keine Auskunft zu den in Auftrag gegebenen Untersuchungen geben):

- Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/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, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.
- Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/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.

Die darüberhinausgehende Erhebung von Daten wie z.B. Telefonnummer und Email-Adresse sowie Versicherungen dienen primär dem Komfort (Erinnerungsservice) und der Erleichterung Ihrer Abrechnung mit der Krankenkasse (richtige und an die bestehende Krankenkasse angepasste Auflistung der Honorarpositionen auf der Honorarnote). Die Angabe dieser Daten ist freiwillig.

Über die Notwendigkeit der Angabe weiterer Daten bei Online-Terminvereinbarung wird bei Buchung gesondert informiert.

Erinnerungsservice an Termine und Kontrollen durch die Ordination:

- ich stimme ausdrücklich zu, dass mir bis auf Widerruf mein Arzt Erinnerungen an Termine und Kontrollen zusenden darf:
 - per SMS
 - per E-mail unverschlüsselt
- ich lehne die Verwendung meiner Daten für das Erinnerungsservice ab

Ihre Bankverbindung geben Sie bitte nur an, wenn Sie auch diese als Service auf der Honorarnote aufgedruckt haben möchten - bei Änderungen müssen Sie selbst Sorge dafür tragen, dass die korrekte Bankverbindung auf der Honorarnote hinterlegt ist - hierfür kann keine Gewährleistung übernommen werden.

Nur auf besonderen Wunsch: UNverschlüsselte E-Mailübermittlung für Patienten

- Ich möchte ausdrücklich, 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 Arzneispezialitäten) an die folgende E-Mailadresse mittels unverschlüsselter E-Mail senden darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der 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 kann.

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

Datum	Unterschrift und Name in Blockbuchstaben (Erziehungsberechtigte/r bei Kindern <14 Jahren)