

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG laut Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich erteile der Praxis Dr. Oliver Domenig das Einverständnis, relevante medizinische Befunde / Vorbefund einzuholen. Die betreffenden Ärzte und klinischen Abteilungen sind somit von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden und ermächtigt die angeforderten Befunde und Bilder der Praxis Dr. Oliver Domenig zur Verfügung zu stellen.

Ich erteile der Praxis Dr. Oliver Domenig die Erlaubnis, dass meine weiterbehandelnden Ärzte meine Befunde bis auf schriftlichen Widerruf erhalten dürfen.

Ich erteile der Praxis Dr. Oliver Domenig die Erlaubnis mir Auskünfte per unverschlüsselter Email zu erteilen bzw. auf meine Emailanfragen zu antworten und Befunde verschlüsselt zu schicken.

Ich erteile der Praxis Dr. Oliver Domenig die Erlaubnis meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) ausschließlich zum Zweck der Abwicklung des Patienten-Arztmanagements zu verwenden.

Ich erlaube der Praxis Dr. Oliver Domenig die Erlaubnis mir Bestätigungen und Erinnerungen zu meinen Terminen per unverschlüsselter Email und per SMS zu schicken.

Diese Einwilligung kann jederzeit persönlich oder schriftlich gerichtet an die Praxis Dr. Oliver Domenig widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die bezahlten Honorarnoten können von uns online bei der Krankenkasse (außer KUF) eingereicht werden. Hierfür benötigen wir Ihre Zustimmung oder Ablehnung.

- Ich lehne eine elektronische Weiterleitung der Honorarnote ab.
- Ich gebe mein Einverständnis zur elektronischen Weiterleitung der Honorarnote unter Bekanntgabe meines IBANs: _____

ZUR KENNTNISNAHME:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass jeder NICHT abgesagte Termin einen wirtschaftlichen Schaden darstellt. Deshalb bitten wir Sie einen Termin rechtzeitig-mindestens 24h vorher bzw. am Tag davor zu Ordinationszeiten abzusagen, wenn Ihnen einmal was dazwischen kommt. Ansonsten wird Ihnen eine Honorarnote zugestellt. Reine Impftermine können selbstverständlich aufgrund von Krankheit auch ganz kurzfristig verschoben werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Name des Patienten: _____

Name des Erziehungsberechtigten: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____