

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG laut Datenschutzgrundverordnung (DSVGO):

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

Ich erteile der Ordination 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 Befunde oder Auskünfte per Email zu erteilen bzw. auf meine Emailanfragen zu antworten.

Ich erteile der Praxis Dr. Oliver Domenig die Erlaubnis meine persönlichen Daten (Name, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse) ausschließlich zum Zweck der Abwicklung des Patienten-Arztmanagements – einschliesslich einer Erinnerung 24h vor dem Termin per SMS oder E-Mail - zu verwenden. Diese Einwilligung kann jederzeit persönlich oder schriftlich gerichtet an die Ordination Dr. Oliver Domenig widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name des Patienten:

Name des Erziehungsberechtigten:

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

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 etwas dazwischen kommt. Ansonsten wird Ihnen eine Honorarnote zugestellt. Reine Impftermine können selbstverständlich aufgrund von Krankheit auch ganz kurzfristig abgesagt bzw. verschoben werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

