

Zustimmungserklärung für PatientInnen/KlientInnen

Personenbezogene Daten werden von uns nur erhoben, wenn Sie uns diese freiwillig mitteilen. Hiermit stimmt der/die PatientIn/KlientIn ausdrücklich der Speicherung, Nutzung und Verarbeitung, nachfolgender personenbezogener Daten für den Zeitraum des Vertragsverhältnisses und in jenem Umfang zu, der für die Vertragserfüllung erforderlich ist:

- Persönliche Daten: Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer(n), Faxnummer, E-Mail Adresse
- Gesundheitsbezogene Daten: Versicherungsdaten, Krankengeschichte, Befunde, Diagnose, Rezepte, Überweisungen, Behandlungs-Historie, Behandlungsnotizen, Dateien
- Administrativ notwendige Daten: Rechnungsanschrift, bezogene Leistungen, Rechnungen, Zahlungsbelege

Sie stimmen im Falle von Gemeinschaftspraxen (dh Zusammenarbeit mehrerer selbständiger ÄrztInnen oder TherapeutInnen) ausdrücklich zu, dass Ihre persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten innerhalb dieser Gemeinschaftspraxis zu Administrationszwecken und zum Zwecke einer bestmöglichen und umfassenden Behandlung gespeichert, genutzt und verarbeitet werden können.

Rechte des Betroffenen (PatientIn/KlientIn): Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß Datenschutzgesetz jederzeit berechtigt, gegenüber uns (Ihrem/Ihrer VertragspartnerIn) um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Datenschutzgesetz können Sie jederzeit gegenüber dem/der VertragspartnerIn, die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. *Anmerkung: Da ÄrztInnen/TherapeutInnen gesetzlich zur Aufbewahrung/Dokumentation von Patientendaten, sowie zur Aufbewahrung von Rechnungsdaten in Verbindung mit der Buchhaltung verpflichtet sind, kann dem Antrag auf Löschung im Rahmen der DSGVO in bestimmten Fällen nicht Folge geleistet werden.* Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft ändern oder gänzlich widerrufen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der oben beschriebenen Verwaltung meiner persönlichen, gesundheitsbezogenen und administrativ notwendigen Daten zu.

- Ich stimme zu**, dass ich im Zuge meiner nachhaltigen Behandlung durch den/die GesundheitsdienstleisterIn, über die von mir bekanntgegebenen Kommunikationsmittel (zB E-Mail, SMS) kontaktiert werden darf.
- Ich stimme zu**, dass ich Newsletter von meinem/meiner GesundheitsdienstleisterIn empfangen möchte.

Ort, Datum: _____

Ort, Datum: _____

Name: _____

Name/Firma: _____

Unterschrift PatientIn/KlientIn

Unterschrift/Stempel ÄrztIn/TherapeutIn