



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientinnen und sehr geehrte Patienten!

Auch Ärzte müssen sich den Herausforderungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) stellen.

Wir bitten Sie daher die folgenden vier Teile der für Arztpraxen notwendigen Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen, auszufüllen und zu unterzeichnen. Die im Text enthaltenen Formulierungen wie Arzt, Patient, etc. sind zur besseren Lesbarkeit nicht gegendert und sind bitte als geschlechtsneutral zu verstehen.

Sie können Ihre Einwilligung/en jederzeit widerrufen!

Ich danke für Ihre Mithilfe!

Ihre Dr. Angela Hausladen

---

### a) Ihre Personalien (bitte Blockbuchstaben)

Name: \_\_\_\_\_ SV-Nr.:

Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.

---

### 1. Einwilligungserklärung „Übernahme der Daten“

Ich willige ein, dass Dr. Angela Hausladen die folgenden Daten aus der Patientendokumentation von Dr. Theresa Stepanov zur Erbringung ärztlicher Leistungen (§51 Abs.4 Ärztegesetz) verwendet:

Titel, Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort, Telefonnummer, Staatsangehörigkeit, Geschlecht, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Kostenträger, Sozialversicherungsnummer, Gebührenbefreiungen, Name und Sozialversicherungsnummer des Hauptversicherten, Art des Beschäftigungsverhältnisses, Name und Anschrift des Arbeitsgebers, Zeitpunkt und Art der Inanspruchnahme des Verantwortlichen (Arztes) bzw. der Behandlung, Anlass der Behandlung, Veranlasser der Behandlung, mein medizinischer Zustand während der Behandlung, besondere Risikofaktoren (z.B. Allergien), Krankengeschichte und dazugehörige Befunde, (Verdachts-) Diagnosen während des Behandlungsverlaufes, Beschreibung des Krankheitsverlaufs und Daten zur Verschreibung, Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

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

Datum, Unterschrift Patient/in

### 2. Einwilligungserklärung „Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen“

Ich stimme zu, dass Dr. Angela Hausladen personenbezogene Daten (siehe Punkt 1) 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 Frau Dr. Angela Hausladen 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 Verarbeitung (inkl. Weitergabe) meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum, Unterschrift Patient/in



### 3. Einwilligungserklärung „Vertrauensperson und/oder Vertrauenseinrichtung“

Ich stimme zu, dass Dr. Angela Hausladen bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation, wie Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über die Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten, an folgende Vertrauensperson und/oder Vertrauenseinrichtung weitergeben darf. Darunter fällt auch das Aushändigen von Rezepten, Verordnungen, Befunden und Arzneimitteln, die für meine Person bestimmt sind.

Ich entbinde diesbezüglich Dr. Angela Hausladen von der ärztlichen Schweigepflicht!

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich von der genannten Vertrauensperson und/oder Vertrauenseinrichtung die Einwilligung zur Weitergabe ihrer Kontaktdaten eingeholt habe.

Vertrauenseinrichtung:

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Haus/Türnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Vertrauensperson:

Anrede: Frau  Herr  keine  Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Haus/Türnr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_

### 4. Einwilligungserklärung „e-Mail-Übermittlung für Patienten“

Ich stimme zu, dass Dr. Angela Hausladen bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation, wie Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über die Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten, an meine folgende e-Mail-Adresse mittels unverschlüsselter e-Mail senden darf:

e-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Information 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 (inkl. Weitergabe) meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum, Unterschrift Patient/in \_\_\_\_\_