EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG E-MAILÜBERMITTLUNG FÜR PATIENTEN

Ambulante Anästhesie
Schlafen Sie mal drüber.

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

e-Mail Adresse: _____

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf mein/e behandelnde/r Ärztin/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 von mir angegebene 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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Dr. med. univ. Erhard Mahrhofer
Untere Landstraße 6
Eingang Neutaugasse 2
3500 Krems a. d. Donau

Firmendaten
UID-Nr.: ATU 70461127

Bankverbindung
Erste Bank
IBAN: AT81 2011 1838 7678 1600
BIC: GIBAATWWXXX

Kontakt
0660 / 23 97 930
info@ambulanteanästhesie.at
www.ambulanteanästhesie.at