

EINVERSTÄNDNIS- ERKLÄRUNG

zur Befundübermittlung
per Post / Fax und Digital

DECLARATION OF CONSENT

for the Delivery of Results
via Post / Fax and Digital

IHR LABOR 1140

Dr. Helga Paula

Linzer Straße 73, 1140 Wien

E: info1140@ihrlabor.at, F: +43 1 98 26 464 20

Name (Blockbuchstaben) / Name (in block capitals):

Telefon Nr. / Phone Nr.:

Geburtsdatum / Date of Birth:

Protokoll-Nr. / Protocol Nr.:

Ich wünsche, dass meine Befunde an die unten
angeführte Adresse übermittelt werden

I hereby request my results to be delivered to the
address indicated below

an die medizinische Einrichtung / to the following medical institute:

per Post, Adresse / to the following postal address:

per Fax, Faxnummer / to the following fax number:

per E-mail, E-Mail Adresse / e-mail address.....

Passwort: 4-stellige SV Nr. oder Geburtsdatum im Format JJJJMMTT /

Password: 4-digit SV number or date of birth in the format YYYYMMDD

Datum / Date:

Unterschrift der Patientin, des Patienten / Signature of Patient:

Alle Angaben (außer der Protokoll Nummer) sind von mir selbst ausgefüllt. Ich habe die ausgehängte Patienteninformation zur DSGVO gelesen und stimme ihr zu. Ich stimme der Befundübermittlung an mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt per Fax, Post und elektronischer Kommunikation zu. Ich stimme zu, dass 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, erhalten darf. Die digitale Befundabfrage sowie die elektronische Befundübermittlung erfolgen unter Zuhilfenahme von Dienstleister wie Internetprovider, Email Anbieter

oder Online Portalanbieter. Wir haben mit den Dienstleistern die gesetzlich erforderlichen Vereinbarungen und Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen. Ich bin mir der Risiken, die mit dem Versand von Daten im Internet oder dem Versand von Befunddaten per Fax/Telefon bestehen können, bewusst. Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten es möglich ist, dass unberechtigte Dritte Kenntnis der 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. Der Widerruf berührt nicht die Gültigkeit der bereits übermittelten Daten bis zum Widerruf. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

IHR LABOR