

Einwilligungserklärung Direktweitergabe Befunde an überweisenden und weiterbehandelnden Arzt bzw. Gesundheitseinrichtungen

Ich stimme zu, dass die Ordination für Augenheilkunde Dr. Guggenberger, Raiffeisenplatz 5, 6800 Feldkirch 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)

1. an die bei Dr. Guggenberger ansässigen Ärzte und Gesundheitsdienstleister weitergeben darf.*
2. an den jeweils überweisenden Arzt weitergeben darf.*
3. an weiterbehandelnde Ärzte bzw. Gesundheitsdienstleister weitergeben darf.*
4. Darüber hinaus stimme ich zu, dass die genannte Gesellschaft von sämtlichen Ärzten bzw. Gesundheitsdienstleistern diese Informationen anfordern darf.*

Die Weitergabe und Anforderung der Informationen darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit per Post an Ordination Dr. Guggenberger, Raiffeisenplatz 5, 6800 Feldkirch oder per E-Mail an praxis@augenarzt-guggenberger.at widerrufen.

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Datum:

Unterschrift:

* wenn nicht zutreffend, bitte durchstreichen