

Name:

Datum:

Stammdatenblatt

Vorname, ggf. Titel	
Nachname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email-Adresse	
Sozialversicherungsnummer	
Versicherungsträger (ÖGK, KFL, SVS ..)	
Mitversichert bei (Name, Sozialversicherungsnummer, Versicherung, Verwandtschaftsverhältnis)	
Adresse	
Beruf	
Dauermedikamente, auch pflanzliche Produkte/Sprays/Spritzen/Nahrungsergänzungsmittel (Name, Dosis, Einnahmezeitpunkt) Beispiele: Amlodipin 5 mg 1-0-0, Atarax 25mg ½ Tbl bei Bedarf	• • • • • • • • • • •
Vorerkrankungen/Operationen (inkl. Jahr) Beispiele: • Herzerkrankung wie Z.n. Herzinfarkt 2017, Herzinsuffizienz, Aortenklappenstenose	• • • •

Datum:

[illegible]

Name:

Datum:

Einverständniserklärung zur Speicherung von Behandlungsdaten und Befunden:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das PVZ Wels St. Stephan meine persönlichen Stammdaten (wie z.B. Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsdaten, usw.) sowie meine Gesundheitsdaten (wie z.B. Krankheitsverlauf, Diagnostik, Befundung, Therapie, Vorsorge usw.) zum Zwecke meiner ärztlichen Behandlung speichern darf.

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen:

Ich stimme zu, dass das PVZ Wels St. Stephan personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben werde, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung, übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin 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 Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ort/ Datum:

Unterschrift PatientIn:
