

Name_____

Geb-Datum_____

Datum_____

Patientenstammdaten

Kontaktdaten	
Nachname, Titel:	
Vorname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:	
SV-Nr.:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Adressdaten:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ, Stadt:	
Land:	
Versicherungsträger (Kasse):	
Beruf:	
Arbeitgeber:	
Falls Sie mitversichert sind:	
Mitversichert bei (Name):	
SV-Nr. (Versicherter):	
Geburtsdatum (Versicherter):	
Kasse (Versicherter):	
Verwandtschaftsverhältnis:	
Falls erforderlich/ gewünscht:	
Name Kontaktperson:	
Telefonnummer Kontaktperson:	

Datum _____

Name _____

Geb-Datum _____

Datum _____

Rechtlicher Hinweis

Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, werden ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften verarbeitet. Innerhalb des Gesundheitszentrums können Ihre Daten an andere dort tätige Gesundheitsdienstleister (z. B. Fachärzt:innen, Therapeut:innen, Labore) weitergegeben werden, sofern dies für Ihre Behandlung erforderlich ist.

Bitte beachten Sie, dass eine medizinische Behandlung stets auf Grundlage der von Ihnen bereitgestellten Informationen erfolgt. Für Nachteile, die sich aus unvollständigen oder unrichtigen Angaben ergeben, übernehmen wir keine Haftung.

Bitte sagen Sie vereinbarte Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, spätestens 24 Stunden im Voraus ab. So helfen Sie uns, die Organisation effizient zu gestalten und anderen Patient:innen zeitnah Termine anzubieten. Bei wiederholtem unentschuldigtem Nichterscheinen behalten wir uns vor, künftig keine weiteren Termine zu vergeben und ein Ausfallshonorar zu verrechnen.

Terminerinnerung: Zur Verbesserung unseres Services und zur Reduktion von Terminausfällen behalten wir uns vor, Sie per SMS an bevorstehende Termine zu erinnern. Wenn Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dies bitte ausdrücklich schriftlich mit.

Für eine reibungslose Behandlung kann es erforderlich sein, medizinische Informationen an andere medizinische Einrichtungen weiterzugeben. Wir benötigen dazu Ihre ausdrückliche Einwilligung:

- ☐ **Ich willige ein**, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten zum Zweck der Behandlung an **andere behandelnde Ärzt:innen, medizinische oder Pflegeeinrichtungen übermittelt werden dürfen**, soweit dies für meine Behandlung oder Betreuung erforderlich ist. Meine behandelnden Ärzt:innen erhalten einen Befundbericht über die erfolgte Behandlung oder Untersuchung. Diese Datenübermittlung erfolgt ausschließlich zum Zweck der medizinischen Betreuung, Diagnostik, Befunderstellung oder zur Sicherstellung einer lückenlosen Behandlungskette.

Datenschutz: Die Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zum Einlangen des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung bleibt rechtmäßig. Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt werden sind, wenden Sie sich bitte an unsere Datenschutzbeauftragte. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie auch das Recht haben, sich bei der Datenschutzbehörde zu beschweren. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie in unserer Datenschutzerklärung – online unter <https://www.pvz-wels.at/> oder direkt in unserer Ordination.

Kontakt Daten des Datenschutzbeauftragten:

Ing. Mag. Jürgen Hutsteiner über pribizz consulting GmbH, datenschutz@pvz-management.at

Datum

Unterschrift