



Einverständniserklärung zur Einholung von Befunden sowie deren Weiterleitung an weiterbehandelnde Ärzte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir sind verpflichtet, Sie über die Verwendung Ihrer Daten zu informieren und Ihr Einverständnis zur Weitergabe und Verwendung Ihrer Daten einzuholen.

Mit Ihrer Unterschrift geben sie ihr Einverständnis zu folgenden Punkten:

- Ich stimme zu, dass die **Ordination Dr. Katrin Bermoser** befugt ist, einerseits Befunde von vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzten einzuholen und andererseits alle für eine Behandlung relevanten Informationen an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte weiterzugeben. Die Anforderung und Weitergabe der Daten erfolgen ausschließlich zum Zweck ihrer Behandlung.
- Dies beinhaltet auch die Übermittlung von Stammdaten und medizinischen Daten an Labore sowie die Einholung der Untersuchungsergebnisse. Auf Wunsch informieren wir sie selbstverständlich im Detail darüber, mit welchen Labor- und ärztlichen Partnern wir zusammenarbeiten.
- Sollte eine Überweisung innerhalb der **Ordinationsgemeinschaft Dr. Bermoser / Dr. Pittl und Dr. Eller** erfolgen, bitten wir sie außerdem um Ihre Zustimmung, die Stammdaten (Name, Adresse etc.) innerhalb der medizinischen Software ohne neuerliche Abfrage übernehmen zu dürfen.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich (per Brief oder mail) widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt, ebenso die per Ärztesgesetz festgelegte Speicherung der Krankenakte.

Datum:

.....
Unterschrift Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in