

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ÜBERMITTLUNG VON PERSONENBEZOGENEN DATEN, BEFUNDEN UND BILDERN

.....
Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Befundübermittlung an Gesundheitsdienstleister wie Krankenanstalten und Ärzte

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten (Befunde samt aller darin enthaltener Gesundheitsdaten und radiologischen Bilddaten), die im **Diagnosezentrum Meidling** erhoben wurden, an die mich behandelnden und zuweisenden Ärzte sowie Gesundheitsdienstleister übermittelt werden dürfen.

Befundeinholung von Gesundheitsdienstleistern wie Krankenanstalten und Ärzten

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten (Befunde samt aller darin enthaltener Gesundheitsdaten und radiologischen Bilddaten) von Ärzten und Gesundheitsdienstleistern, an das **Diagnosezentrum Meidling** übermittelt werden dürfen.

Die Übermittlung dieser personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zwecke meiner wirkungsvollen Untersuchung und Behandlung.

Benachrichtigungen per Telefon, E-Mail und SMS

Ich stimme zu, dass meine bekanntgegebene Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse für Terminverschiebungen, Terminerinnerungen oder die Übermittlung von TAN-Codes zum Abrufen meiner Befunde und Bilder über die Website des Diagnosezentrum Meidling, genutzt werden können.

Datenschutzrechtliche Information

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Daten solange gespeichert werden, bis keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht mehr besteht. Mir obliegen die Rechte auf Auskunft über meine Daten, Berichtigung, Löschung, eingeschränkte Verarbeitung dieser, Widerspruch und Datenübertragbarkeit. Es besteht die Möglichkeit einer Beschwerde an die Aufsichtsbehörde gemäß Art. 77 DSGVO.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen gemäß Art. 9 Abs 2 lit a DSGVO jederzeit widerrufen kann. Ab dem Zeitpunkt meines Widerrufs finden die oben genannten Datenverarbeitungen nicht mehr statt. Datenschutzbeauftragter erreichbar unter datenschutz@diagnostikum.at.

.....
(Datum, Unterschrift)