

Aufnahme - Datenschutzformular

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir ersuchen Sie folgende Daten für die Aufnahme in das ZFM - Zentrum für Mobilität zu unterzeichnen.

STAMMDATEN:

Vorname: _____ Nachname: _____ Titel: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.Nr. _____

Dienstgeber: _____

Versicherungsnummer/ Geburtsdatum: _____ / _____ Krankenkasse: _____

Privatversicherung (Mehrfachauswahl möglich):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine Angabe | <input type="checkbox"/> Nur Spital - weiß nicht | <input type="checkbox"/> Unfall-Spital und Privatarzt - SKE (Einbett) |
| <input type="checkbox"/> Keine Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Nur Unfall-Spital - SKM (Zweibett) | <input type="checkbox"/> Unfall-Spital und Privatarzt - weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> Nur ambulante Leistungen | <input type="checkbox"/> Nur Unfall-Spital - SKE (Einbett) | <input type="checkbox"/> Spital und Privatarzt - SKM (Zweibett) |
| <input type="checkbox"/> Nur Spital - SKM (Zweibett) | <input type="checkbox"/> Nur Unfall-Spital - weiß nicht | <input type="checkbox"/> Spital und Privatarzt - SKE (Einbett) |
| <input type="checkbox"/> Nur Spital - SKE (Einbett) | <input type="checkbox"/> Unfall-Spital und Privatarzt - SKM (Zweibett) | <input type="checkbox"/> Spital und Privatarzt - weiß nicht |

Hauptversicherte/r:

Vorname: _____ Nachname: _____ Titel: _____

Versicherungsnummer/ Geburtsdatum: _____ / _____ Krankenkasse: _____

GESUNDHEITSFragen

Allergien: ja nein

Nieren/Lebererkrankungen: ja nein

Diabetes/Zuckerkrankheit: ja nein

Magen/Darmerkrankungen: ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Infektionserkrankungen/ansteckende Krankheiten (Hepatitis, HIV, ...): ja nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie? ja nein

Haben Sie Implantate (Schrittmacher, Gelenksprothesen)?

ja nein Wenn ja, welche Implantate haben Sie? _____

Bitte geben Sie uns Änderungen Ihrer Grunderkrankungen oder die Einnahme neuer Medikamente bekannt.

Bitte Folgeseite beachten

ZUSTIMMUNG GEMÄSS DATENSCHUTZGESETZ (DSG) UND DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (EU) 2016/679

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich stimme zu, daß das ZFM - Zentrum für Mobilität sowie die Ordination Dr. Gründer, 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 Leistung einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienstanbieter (insbesondere den überweisenden Arzt/Ärztin, Physiotherapeuten, Labore, Röntgeninstitute, Gesundheitskassen) weitergeben darf.

Darüber hinaus stimme ich zu, dass das ZFM - Zentrum für Mobilität und die oben genannte Ordination von sämtlichen Ärzten bzw. Gesundheitsdienstanbietern diese Informationen anfordern darf.

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

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels postalischem Brief an das ZFM - Zentrum für Mobilität sowie die Ordination Dr. Gründer, Argentinierstraße 71/14, 1040 oder per E-Mail an empfang@zfm.wien widerrufen.

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlagen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Ich habe diese Informationen gelesen und erkläre mich einverstanden.

Meine Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt.

Datum

Unterschrift Patient

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG E-MAIL-ÜBERMITTLUNG FÜR PATIENTEN

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf das ZFM - Zentrum für Mobilität sowie mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt und/oder medizinische Dienstleister 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 Leistung einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) an folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden darf.

E-Mail: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten per Email (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Die Weitergabe und Anforderung der Informationen darf ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

Ich bin damit einverstanden, dass mich das ZFM - Zentrum für Mobilität zu Werbe- und Informationszwecken per E-Mail anschreiben darf.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels postalischem Brief an das ZFM - Zentrum für Mobilität sowie die Ordination Dr. Gründer, Argentinierstraße 71/14, 1040 oder per E-Mail an empfang@zfm.wien widerrufen.

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlagen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Ich habe diese Informationen gelesen und erkläre mich einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient