

## 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: \_\_\_\_\_

Bitte Folgeseite beachten

## GESUNDHEITSFragen

Allergien:  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nieren/Lebererkrankungen:  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Magen/Darmerkrankungen:  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Diabetes/Zuckerkrankheit:  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

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

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  ja  nein

Haben Sie Implantate (Schrittmacher, Gelenkprothesen)?  ja  nein

Wenn ja, welche Implantate haben Sie? \_\_\_\_\_

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

---

---

Bitte Folgeseite beachten

## HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Im Zusammenhang mit der Befundübermittlung an die im ZFM – Zentrum für Mobilität tätigen Ärzte und Dienstleister<sup>1</sup> wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese durch den Patienten höchstpersönlich an den Arzt/Dienstleister zu erfolgen hat.

Weder die ZFM – Zentrum für Mobilität GmbH, als Betreiber des Zentrums, noch die im ZFM – Zentrum für Mobilität tätigen Ärzte und Dienstleister übernehmen Verantwortung oder Haftung für Befunde oder (medizinische) Unterlagen, welche auf anderem Weg als dem Höchstpersönlichen den Ärzten bzw. Dienstleistern - mit welchen jeweils ein konkludenter Behandlungsvertrag geschlossen wurde - im Rahmen eines Besprechungstermines, übergeben werden.

Insofern können die ZFM – Zentrum für Mobilität GmbH oder die im ZFM – Zentrum für Mobilität tätigen Ärzte und Dienstleister für keinerlei Schäden, die sich aus nicht höchstpersönlich erfolgter Befundübergabe im Rahmen eines Besprechungstermines mit dem Arzt/Dienstleister ergeben können, haftbar gemacht werden. Ich habe diese Informationen gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

Bitte Folgeseite beachten

<sup>1</sup>Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Ich stimme zu, daß das ZFM – Zentrum für Mobilität sowie meine behandelnden Ärzte und 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 Arztspezialitäten) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienstleister (insbesondere den überweisenden Arzt/Ärztin, Physiotherapeuten, Labore, Röntgeninstitute, Gesundheitskassen) weitergeben dürfen.

Darüber hinaus stimme ich zu, dass das ZFM – Zentrum für Mobilität und die darin tätigen Ärzte und medizinischen Dienstleister von sämtlichen Ärzten bzw. Gesundheitsdienstleistern diese Informationen anfordern dürfen.

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 bzw. an die mich behandelnden Ärzte und medizinischen Dienstleister, Argentinierstraße 71/14, 1040 oder per E-Mail an kontakt@zfm.wien widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlegen 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 meine behandelnden Ärzte und 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 Arztspezialitäten) an folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden dürfen.

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 an meine behandelnden Ärzte und medizinischen Dienstleister, Argentinierstraße 71/14, 1040 oder per E-Mail an kontakt@zfm.wien widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlegen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Ich habe diese Informationen gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient