

Wir begrüßen Sie herzlich!

FAMILIENNAME(N):	VORNAME(N):
Titel:	Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐ anderes ☐
Geburtsdatum:	Sozialversicherungs-Nr.: Nur bei fehlender E-Card!
Straße / Platz:	
PLZ / Ort:	
Telefon – Nr.:	
E-Mail:	
Name des Hausarztes , falls nicht Dr. Brandl:	
Ich möchte Informationen per E-Mail über Urlaub, Veranstaltungen, Erinnerungen ☐ Veranstaltungen ☐ Medizin	

Haben Sie BLUTHOCHDRUCK?	O nein	O ja	O ich weiß es nicht
Haben Sie DIABETES?	O nein	O ja	
Haben Sie eine MEDIKAMENTEN-UNVERTRÄGLICHKEIT?	O nein	O ja, welche	
Leiden Sie an chronischen ATEMWEGSERKRANKUNGEN?	O nein	O ja o COPD o Asthma	
Leiden Sie an chronischen GELENKSBESCHWERDEN?	O nein	O ja, welche:	
Leiden Sie an chronischen INFektionKrankheiten?	O nein	O ja, welche:	
RAUCHEN Sie?	O nein	O ja, wie viele /Tag: Seit wann?	
Trinken Sie ALKOHOL?	O nie	O gelegentlich	O öfters
Hatten Sie schon einmal eine VORSORGEUNTERSUCHUNG? O nein O ja, wann: O ich möchte eine Vorsorgeuntersuchung machen			

NÄCHSTE SEITE -> -> ->

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit Ihrem Begehren nach ärztlicher Hilfe gehen Sie einen Behandlungsvertrag mit dem Arzt und seinem Team ein. Im Zuge dieses Vertrages werden Ihre Daten gemäß dem aktuellen Datenschutzgesetz und der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) elektronisch verarbeitet.

Sie stimmen der Verarbeitung und Speicherung folgender Daten zu:

- | | |
|--|---|
| * persönliche Stammdaten: | Name, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Wohnadresse, Telefonnummer, Emailadresse, etc. |
| * bei uns erfasste medizinische Daten: | inklusive Daten von Untersuchungen, Befunde, Probenentnahmen, etc. |
| * extern erfasste medizinische Daten: | Röntgen, Labor, fachärztliche Befunde, etc. |
| * Daten zu Ihrem Besuch: | Datum, Zeit, Warte- und Untersuchungszeit, etc. |
| * externe Dienstleister: | Sozialversicherungen im Zuge der Abrechnung |

Wir legen Wert darauf, dass Ihre Daten stets vertraulich und nur in einem für die Behandlung notwendigen Umfang und zur Abrechnung mit den gesetzlichen Versicherungsträgern, gemäß technischem Standard verschlüsselt, verarbeitet und weitergegeben werden.

Auskünfte über Befunde erfolgen grundsätzlich nur im persönlichem Gespräch mit den Ärzt:innen oder durch persönliches Abholen in der Ordination. Die Weitergabe an Dritte wird nur bei Vorlage einer entsprechenden Vollmacht (Unterschrift und Ausweiskopie des/r Patienten/in) gewährt. Alle anderen Wege der Übermittlung (E-Mail, Fax, WhatsApp, etc.) sind nicht möglich. Die Erhebung Ihrer Telefonnummer und E-Mail dient ausschließlich der aktiven Erreichbarkeit bei medizinischer Dringlichkeit.

Laut Datenschutz-Grundverordnung haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten, soweit dies nicht der ärztlichen Dokumentationspflicht widerspricht. Nähere Informationen erhalten Sie bei uns, www.ris.at, www.help.gv.at

Ort, Datum

Unterschrift