PRAXIS DR. LILIAN STEIN
Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Datenschutzerklärung

Liebe Frau_____!

Aufgrund der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können wir diverse Services nur nach vorheriger Einwilligung durchführen. Um Ihnen den gewünschten Standard und die Qualität unserer Serviceleistungen bieten zu können, bitten wir Sie folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben. Wir versichern Ihnen, dass mit Ihren Daten höchst vertraulich umgegangen wird.

Einverständniserklärung

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten, sowie erforderliche Informationen aus meiner Patientinnendokumentation bei Bedarf zu folgenden Zwecken weitergeleitet werden dürfen:

- Für die Analyse von Proben bei externen Medizineinrichtungen (Labors, Diagnosezentren, etc.)
- Für eine direkte Verrechnung zwischen Patientin und Analyseinstitut, falls Proben zur Analyse an eine externe Medizineinrichtung gesendet werden müssen und kein Vertrag mit einer österreichischen Krankenkasse vorliegt
- Zur Weiterleitung von Verordnungen und Rezept
- Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf Frau Dr. Lilian Stein, ihre Vertretung und das administrative Assistenzpersonal der oben genannten Praxis sämtliche Informationen aus meiner Patientinnendokumentation (Befunde, Diagnosen, Schwangerschaftsverlauf, Überweisungen, Rezepte etc.) auf meinen Wunsch verschlüsselt an die von mir angegebene E-Mail-Adresse senden dürfen.
- Ich wünsche, dass meine Befunde an meine/n Fachärztin/Facharzt geschickt werden und stimme zu, dass Befunde auch an mein/n Fachärztin/Facharzt in einer verschlüsselten E-Mail weitergeleitet werden dürfen. OJa ONein

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Schutz und die Integrität der Daten bei unverschlüsseltem E-Mail Versand nicht gewährleistet werden können.

_____ _____

Datum Unterschrift