

Patientendaten

Name: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

SV-Nr.: _____

EBG MedAustron GmbH
Marie Curie-Straße 5
A-2700 Wiener Neustadt
Österreich

T +43 2622 26 100 - 300

E patient@medaustron.at
www.medaustron.at

Vollmacht zur Datenübermittlung und -abfrage

Ich, _____, bevollmächtige und beauftrage hiermit

Frau/Herrn _____
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ))

die mich betreffende medizinische Dokumentation iSd § 51 Abs 1 ÄrzteG ("Dokumentation") an die EBG MedAustron GmbH ("MedAustron") unmittelbar und ausschließlich zu übermitteln.

Die Dokumentation umfasst insbesondere:

- Name;
- Geburtsdatum;
- Sozialversicherungsnummer;
- Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung;
- Vorgeschichte der Erkrankung;
- Diagnose;
- Krankheitsverlauf;
- Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneimittel;

Ich erteile hiermit MedAustron die Zustimmung zur Verarbeitung der enthaltenen personenbezogenen Daten zum Zweck der Diagnosestellung, der Erstellung eines Behandlungsplans und der Erstellung eines Behandlungsvertrags.

Ich stimme zu, dass MedAustron über sämtliche therapie- und krankheitsbezogene Informationen dem/der Bevollmächtigte/n Auskunft erteilen darf und entbinde MedAustron hiermit von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Verschwiegenheitspflichten gegenüber dem/der Bevollmächtigte/n.

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten