

Patientendatenblatt

Name:		Vorname:		Titel:	
Vers. Nr.		Geb.datum:		Krankenkasse:	
Straße:		PLZ:		Ort:	
Telefonnummer:			Email:		
Allergien:					
Medikamente:					

Datenschutzerklärung:

„Ich stimme zu, dass Frau Dr. Berger personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf. Weiters stimme ich zu, dass Frau Dr. Berger bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.“

Terminreservierung:

Die Terminvereinbarung hat zur Folge, dass ein Zeitrahmen von 30 Minuten für Sie reserviert ist. Sollten Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige Bekanntgabe (bis am Vortag) entweder per Mail oder telefonisch, da ansonsten das Ordinationshonorar verrechnet werden muss.

„Ich erkläre mich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.“

.....
Unterschrift des Patienten

Wien, am