

Dr. Irmgard Spiegl

Ärztin für Allgemeinmedizin
Ordination - alle Kassen
Rosegggasse 10
3710 Ziersdorf

Vertrauenspersonen / Vertrauenseinrichtungen

Ich stimme zu, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt bis auf Widerruf 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 Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) an die folgende(n) Vertrauensperson(en)/Vertrauenseinrichtung(en) weitergeben darf. Darunter fällt auch das Aushändigen von Rezepten, Verordnungen, Befunden und Arzneimitteln, die für meine Person bestimmt sind.

Frau Dr. Irmgard Spiegl entbinde ich diesbezüglich von der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung (inkl. Weitergabe) meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich von der genannten Vertrauensperson(en) /Vertrauenseinrichtung(en) die Einwilligung zur Weitergabe ihrer Kontaktdaten eingeholt habe.

Vertrauensperson(-en) / Vertrauenseinrichtung(-en)	
Name:	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ort, Datum:

Unterschrift Patient*in/ gesetzl. Vertretung:

.....

.....