

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Einwilligungserklärung für Patienten und Patientinnen der Allergieambulatorium W.W. GmbH, Hütteldorfer Straße 44-46, A-1150 Wien (im Folgenden „Allergiezentrum Wien West“) betreffend optionale bzw. einwilligungspflichtige Datenverarbeitungsvorgänge gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art 9 Abs. 2 lit. a DSGVO in Verbindung mit Art. 7 DSGVO:

VORNAME Patient/Patientin und/oder Erziehungsberechtigte/r

NACHNAME Patient/Patientin und/oder Erziehungsberechtigte/r

GEBURTSDATUM (Tag, Monat, Jahr) m w x
GESCHLECHT

TELEFONNUMMER Patient/Patientin und/oder Erziehungsberechtigte/r

E-MAIL-ADRESSE Patient/Patientin und/oder Erziehungsberechtigte/r

Nachstehend finden Sie eine Beschreibung verschiedener Verarbeitungsvorgänge Ihrer personenbezogenen Daten, welche wir jeweils nur durchführen werden, wenn Sie uns im Vorhinein Ihre Einwilligung erteilt haben. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang unser "Informationsblatt über die Verarbeitung von Patientendaten bzw Patientinnendaten", welches in unseren ärztlichen Räumlichkeiten direkt beim Eingang ausgehängt ist. Dieses sollten Sie vor der Abgabe dieser Einwilligungserklärung einsehen, da es Ihnen wesentliche Informationen über unsere Verarbeitung Ihrer Daten sowie generell unsere Datenschutzpraxis bereitstellt. Im Weiteren finden Sie außerdem direkte Verweise auf konkrete Unterpunkte unseres Informationsblatts. Auf Anfrage können wir Ihnen gerne ein ausgedrucktes Exemplar zur Verfügung stellen.

Bitte nachfolgend jene Datenverarbeitungsvorgänge ankreuzen, in die Sie einwilligen möchten und bestätigen Sie diese Einwilligungserklärung durch Ihre eigenhändige Unterschrift:



Bitte ankreuzen.



Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Daten an mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen und medizinische Einrichtungen:

Ja, ich stimme ausdrücklich zu, dass das Allergiezentrum Wien West Informationen aus meiner Patientendokumentation (insb. Befunde, Rezepte, Stammdaten, Krankheitsverlauf, Diagnose) an mitbehandelnde Ärzte und Ärztinnen oder medizinische Einrichtungen weitergeben darf.

In den allermeisten Fällen handelt es sich dabei um den zuweisenden Arzt/die zuweisende Ärztin, der/die Ihnen die Überweisung an das Allergiezentrum Wien West ausgestellt hat bzw. Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin. Eine Überweisung an medizinische Einrichtungen erfolgt vor allem im Falle von Blutabnahmen, die zu weiterführenden Untersuchungen an Laboratorien übermittelt werden, mit denen wir laufend kooperieren (für nähere Informationen

siehe Punkt 2.1.1 Informationsblatt). Darüberhinausgehende Datenübermittlungen werden ausschließlich vorgenommen, wenn dies im Rahmen bzw. aufgrund einer Untersuchung in unseren Einrichtungen medizinisch indiziert ist. Der Zweck von Übermittlungen Ihrer personenbezogenen Daten an mitbehandelnde Ärzte/Ärztinnen oder medizinische Einrichtungen besteht jeweils in der Diagnose und Therapie Ihrer allergischen Erkrankungen unter Sicherstellung einer ganzheitlichen Betreuung durch ausgewiesene Fachkräfte. Bitte beachten Sie, dass die für die Zwecke dieser Einwilligung bezeichneten Empfänger in einem eigenständigen Rechtsverhältnis zu Ihnen stehen; ein Auftragsverhältnis zwischen uns und den einzelnen Empfängern liegt nicht vor. Bitte beachten Sie auch, dass auf Basis dieser Einwilligung vielfach personenbezogene Daten besonderer Kategorien im Sinne von Art. 9 DSGVO (Gesundheitsdaten als sensible Daten) verarbeitet werden. **Im Gegensatz zu den übrigen im Rahmen dieser Einwilligungserklärung in eigenständigen Punkten dargestellten Datenverarbeitungsvorgängen, ist eine Einwilligung in diesen Punkt zwingend erforderlich, damit das Allergiezentrum Wien West einen Behandlungsvertrag mit Ihnen abschließt.** Dies ist notwendig, damit wir eine korrekte und bestmögliche Behandlung in einem hochsensiblen Bereich garantieren können. Sie haben jedoch die Möglichkeit, Übermittlungen von Befunden (ggf. auch bestimmter anderer Daten Ihrer Patientendokumentation) im Einzelfall bei persönlicher Abholung zu verweigern oder selbst einen konkreten Empfänger (z.B. Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin) zu bezeichnen. Darauf werden Sie von unserem Personal entsprechend hingewiesen (siehe Punkt 2.1.1 Informationsblatt). Die von Ihnen in diesem Zusammenhang erteilte Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden (für nähere Informationen siehe Punkt 5.1.5 Informationsblatt). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Nach einem Widerruf der Einwilligung in diesen zwingend erforderlichen Punkt, wird das Allergiezentrum Wien West das mit Ihnen bestehende Vertragsverhältnis jedoch aus den oben genannten Gründen beenden. Eine Darstellung Ihrer weiteren Rechte als von diesem Datenverarbeitungsvorgang betroffene Person, entnehmen Sie bitte Punkt 5 unseres Informationsblatts.

Einwilligungserklärung zur telefonischen Auskunft:

Ja, ich stimme ausdrücklich zu, dass mir das Allergiezentrum Wien West allgemeine Auskünfte (insb. Dauer der Fertigstellung von Befunden/Dokumenten sowie Terminänderungen), die weder personenbezogene Daten besonderer Kategorien im Sinne von Art. 9 DSGVO enthalten noch unmittelbar Rückschlüsse auf meine Person zulassen, bei Angabe meines persönlichen Passwortes mittels telefonischer Auskunft erteilen darf.

Dies dient dem Zweck, dass wir Ihnen allgemein gehaltene Informationen auch auf telefonischem Wege erteilen können und trägt zu einer wesentlichen Vereinfachung sowie Beschleunigung der Kommunikation zwischen Ihnen und dem Allergiezentrum Wien West bei. Bitte beachten Sie, dass das Allergiezentrum Wien West die telefonische Auskunftserteilung aus berechtigten Gründen jederzeit verweigern darf (z.B. männliche Stimme bei weiblicher Patientin). Die von Ihnen in diesem Zusammenhang erteilte Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden (für nähere Informationen siehe Punkt 5.1.5 Informationsblatt). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf der erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Eine Darstellung Ihrer weiteren Rechte als von diesem Datenverarbeitungsvorgang betroffene Person, entnehmen Sie bitte Punkt 5 unseres Informationsblatts.

Einwilligungserklärung zu Terminerinnerungen für Patienten:

Ja, ich stimme ausdrücklich zu, dass das Allergiezentrum Wien West Terminerinnerungen an die von mir bekanntgegebene

- ja, postalische Adresse
- ja, E-Mail-Adresse und/oder
- ja, Mobilfunknummer

zum Zwecke der Terminerinnerung und Terminkoordination übermitteln darf.

Die von Ihnen in diesem Zusammenhang erteilte Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden (für nähere Informationen siehe Punkt 5.1.5 Informationsblatt). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Eine Darstellung Ihrer weiteren Rechte als von diesem Datenverarbeitungsvorgang betroffene Person, entnehmen Sie bitte Punkt 5 unseres Informationsblatts.



Einwilligungserklärung zur Dokumenten- und Befundzustellung mittels Online-Postfach:

Ja, ich stimme ausdrücklich zu, dass mir das Allergiezentrum Wien West Dokumente (insb. Untersuchungsergebnisse als Befunde) in Form einer sicheren und verschlüsselten Übertragung mittels Online-Postfach zustellt und mich über neu hochgeladene Dokumente per E-Mail informieren darf.

Diese Einwilligung dient dem Zweck, die im Rahmen unserer Leistungen notwendige Zustellung von Befunden und anderen Dokumenten zu erleichtern; dadurch bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich eine persönliche Abholung von Dokumenten, welche gesundheitsbezogene Informationen zu Ihrer Person enthalten, zu ersparen. Sofern eine Einwilligung zu diesem Punkt nicht abgegeben wird, hat die Abholung von Befunden und anderen Dokumenten persönlich zu erfolgen. Da die Anmeldung für das Online-Postfach mittels TAN-Verfahrens erfolgt, ist für den genannten Zweck auch die Verarbeitung Ihrer Telefonnummer erforderlich. Nähere Informationen zum Online-Postfach entnehmen Sie bitte 2.4 unseres Informationsblatts. Bitte beachten Sie, dass auf Basis dieser Einwilligung auch personenbezogene Daten besonderer Kategorien im Sinne von Art. 9 DSGVO (Gesundheitsdaten als sensible Daten) verarbeitet werden. Die von Ihnen in diesem Zusammenhang erteilte Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden (für nähere Informationen siehe Punkt 5.1.5 Informationsblatt). Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Eine Darstellung Ihrer weiteren Rechte als von diesem Datenverarbeitungsvorgang betroffene Person, entnehmen Sie bitte Punkt 5 unseres Informationsblatts.

Mit Unterzeichnung dieser Einwilligungserklärung bestätige ich ausdrücklich, dass das Allergiezentrum Wien West meine personenbezogenen Daten zu den angegebenen Zwecken und im ausgewählten Umfang verarbeiten darf. Dies gilt auch für die Erhebung meiner Kontaktinformation im Rahmen dieser Einwilligungserklärung selbst, die zum Zweck des Nachweises Ihrer Einwilligungserteilung sowie ggf. zu den im Weiteren spezifisch angeführten Zwecken verarbeitet werden.

Wien, am

Datum

- bei Personen ab 18 Jahren: Unterschrift der Person
- bei Kindern ab 14 Jahren: Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten sowie die Unterschrift des Kindes
- bei Kindern unter 14 Jahren: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

X

Unterschrift Patient/Patientin

Unterschreibt ein Elternteil als Erziehungsberechtigte/r allein, so erklärt sie/er mit ihrer/seiner Unterschrift, dass ihr/ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.