

Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Einwilligungserklärung für Patient:innen 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 i.V.m. Art. 7 DSGVO:

[BITTE IN GROSSBUCHSTABEN EINTRAGEN]

VORNAME Patient:in

NACHNAME Patient:in

GEBURTSDATUM (Tag, Monat, Jahr)

m w x
GESCHLECHT

TELEFONNUMMER Patient:in

E-MAIL-ADRESSE Patient:in

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 Patient:innendaten", welches in unseren ärztlichen Räumlichkeiten ausgehängt ist und gemeinsam mit dieser Einwilligungserklärung zu lesen ist. Ihre Einwilligung zur Durchführung aller oder einzelner der nachfolgenden Datenverarbeitungsvorgänge ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Für nähere Informationen sowie eine Darstellung Ihrer weiteren Rechte siehe Punkt 5 unseres Informationsblatts.

Einwilligung für alle nachstehenden Verarbeitungsvorgänge abgeben

<input type="checkbox"/>	Einwilligungserklärung zur Dokumenten- und Befundzustellung mittels Online-Postfach (ausdrückliche Zustimmung, dass wir Ihnen sensible Dokumente und Arztbriefe mittels Online-Postfachs samt E-Mail-Benachrichtigung zustellen dürfen; siehe Punkt 2.1.3 Informationsblatt)
<input type="checkbox"/>	Einwilligungserklärung zu Terminerinnerungen (ausdrückliche Zustimmung, dass wir Ihnen Erinnerungen zu Untersuchungen und Kontrollterminen – <i>je nach Präferenz</i> – an die bekanntgegebene <i>postalische Adresse, E-Mail-Adresse</i> und/oder <i>Mobilfunknummer</i> übermitteln dürfen; siehe Punkt 2.1.2 Informationsblatt)
<input type="checkbox"/>	Einwilligungserklärung zur telefonischen Auskunft (ausdrückliche Zustimmung, dass wir Ihnen allgemeine, nicht sensible Auskünfte auf Ihre Fragen am Telefon unter Angabe eines persönlichen Passwortes erteilen dürfen; siehe Punkt 2.1.1 Informationsblatt)

Wien, am

_____ Datum

X

_____ Unterschrift Patient:in

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

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.