

Wir begrüßen Sie herzlich!

FAMILIENNAME(N):	VORNAME(N):
Titel:	Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> anderes <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum:	Sozialversicherungs-Nr.: Nur bei fehlender E-Card!
Straße / Platz:	
PLZ / Ort:	
Telefon – Nr.:	
E-Mail:	
Name des Hausarztes , falls nicht Dr. Brandl:	
Ich möchte Informationen per E-Mail über Veranstaltungen, Angebote und Erinnerungen <input type="checkbox"/> Veranstaltungen <input type="checkbox"/> Medizin	

Haben Sie BLUTHOCHDRUCK ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ich weiß es nicht
Haben Sie DIABETES ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Haben Sie eine MEDIKAMENTEN-UNVERTRÄGLICHKEIT ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche	
Leiden Sie an chronischen ATEMWEGSEKRANKUNGEN ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja o COPD o Asthma	
Leiden Sie an chronischen GELENKBESCHWERDEN ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
Leiden Sie an chronischen INFEKTIONKRANKHEITEN ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche:	
RAUCHEN Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viele /Tag: Seit wann?	
Trinken Sie ALKOHOL ?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> öfters
Hatten Sie schon einmal eine VORSORGEUNTERSUCHUNG ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann: O ich möchte eine Vorsorgeuntersuchung machen	

NÄCHSTE SEITE -> -> ->

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Mit Ihrem Begehren nach ärztlicher Hilfe gehen Sie einen Behandlungsvertrag mit dem Arzt und seinem Team ein. Im Zuge dieses Vertrages werden Ihre Daten gemäß dem aktuellen Datenschutzgesetz und der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) elektronisch verarbeitet.

Sie stimmen der Verarbeitung und Speicherung folgender Daten zu:

- | | |
|--|---|
| * persönliche Stammdaten: | Name, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Wohnadresse, Telefonnummer, Emailadresse, etc. |
| * bei uns erfasste medizinische Daten: | inklusive Daten von Untersuchungen, Befunde, Probenentnahmen, etc. |
| * extern erfasste medizinische Daten: | Röntgen, Labor, fachärztliche Befunde, etc. |
| * Daten zu Ihrem Besuch: | Datum, Zeit, Warte- und Untersuchungszeit, etc. |
| * externe Dienstleister: | Sozialversicherungen im Zuge der Abrechnung |

Wir legen Wert darauf, dass Ihre Daten stets vertraulich und nur in einem für die Behandlung notwendigen Umfang und zur Abrechnung mit den gesetzlichen Versicherungsträgern, dem Stand der Technik entsprechend verschlüsselt, verarbeitet und weitergegeben werden.

Auskünfte über Befunde erfolgen grundsätzlich nur im persönlichem Gespräch mit dem Arzt oder durch persönliche Abholung in der Ordination. Die Weitergabe an Dritte wird nur bei Vorlage einer entsprechenden Vollmacht (Unterschrift und Ausweiskopie des/r Patienten/in bzw. Unterschriftenprobe in der Ordination) gewährt.

Alle anderen Wege der Übermittlung (Email, Fax, Internet, Apps, etc.) sind nur möglich, wenn eine schriftliche Einwilligung vorliegt und Sie als alleiniger/e Empfänger/in sichergestellt sind. Dieser Service ist keine Kassenleistung und wird in Rechnung gestellt.

Die Erhebung Ihrer Telefonnummer und Email dient ausschließlich der aktiven Erreichbarkeit bei medizinischer Dringlichkeit.

Laut Datenschutz-Grundverordnung haben Sie das Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten, soweit dies nicht der ärztlichen Dokumentationspflicht widerspricht.

Nähere Informationen erhalten Sie bei uns, www.ris.at, www.help.gv.at

Ort, Datum

Unterschrift