

## **Datenverarbeitung aufgrund ausdrücklicher Einwilligung des Patienten** (Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 2 lit a DSGVO)

---

### **Einwilligung zur Datenübermittlung an dritte und von dritten Personen (Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal)**

**Ich bin damit einverstanden**, dass die Einrichtung die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Ärzte, Therapeuten und mein Pflegepersonal zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung der Behandlungs-Dokumentation des Patienten.

ja       nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Einrichtung die bei anderen Krankenanstalten, Ärzten, Therapeuten und anderem Pflegepersonal vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordert. Diese Anforderung ermöglicht es der Einrichtung, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der Dokumentation der genannten Personen zu erhalten. Die Einrichtung wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

ja       nein

---

### **Einwilligung zur Auskunftserteilung an Vertrauenspersonen**

Datenschutzrechtliche Vorgaben erlauben es unserer Einrichtung nicht, Auskünfte an nicht berechtigten Personen zu erteilen. Wir benötigen deshalb eine Vertrauensperson/Auskunftsperson, um allfällige auftretende Fragestellungen bearbeiten zu können. Medizinische / therapeutische Auskünfte werden ausschließlich von einem Arzt erteilt, beziehungsweise in spezifisch therapeutischen Belangen von einem Therapeuten, pflegerische Auskünfte vom zuständigen Diplomierten Pflegepersonal.

**Ich erteile meine Einwilligung**, dass einer Vertrauensperson, welcher mein persönlicher Code bekannt ist, telefonisch Auskünfte erteilt werden:

ja       nein

---

**Einwilligung  
zur Versendung Ihres Abschlussbefundes per E-Mail an Sie  
bzw. per Post an den Hausarzt**

Die Versendung personenbezogener Daten per E-Mail ist – trotz unserer bestmöglichen Bemühungen zur Gewährleistung des entsprechenden Datenschutzes – mit Risiken verbunden. Sollten Sie dennoch die Versendung Ihres Abschlussbefundes per E-Mail ausdrücklich wünschen, bitten wir Sie, uns Ihre E-Mail Adresse zu diesem Zweck bekannt zu geben:

E-Mail: \_\_\_\_\_.

Sollten Sie die Versendung Ihres Abschlussbefundes an Ihren Hausarzt wünschen, ersuchen wir Sie, uns Ihren Hausarzt zu diesem Zweck bekannt zu geben:

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

\_\_\_\_\_

**Einwilligung  
zur Verwendung Ihrer E-Mailadresse für Newsletter-Versand**

Sie haben die Möglichkeit unseren Newsletter zu abonnieren. Hierfür benötigen wir Ihre E-Mail-Adresse und Ihre Erklärung, dass Sie mit dem Bezug des Newsletters einverstanden sind. Sollten Sie die Versendung unseres Newsletter per E-Mail hiermit ausdrücklich wünschen, bitten wir Sie, uns Ihre E-Mail Adresse zu diesem Zweck bekannt zu geben:

E-Mail:

\_\_\_\_\_.

Sobald Sie sich für den Newsletter angemeldet haben, senden wir Ihnen eine Bestätigung-E-Mail mit einem Link zur Bestätigung der Anmeldung.

Sie stimmen darüber hinaus zu, dass diese personenbezogenen Daten zu denselben Zwecken an unsere Dachorganisation, die Mare Holding GmbH, Alfred Merlini-Allee 5, 8490 Bad Radkersburg, T +43(0)3476/41552, info@mare-gmbh.at übermittelt und von dieser zum Zweck des Newsletter-Versands bzw. zur Übermittlung von Werbung verarbeitet werden darf.

ja       nein

\_\_\_\_\_

## **WIDERRUF:**

Alle vorstehenden Einwilligungserklärungen können Sie **jederzeit auch unabhängig voneinander** widerrufen.

Im Falle des Widerrufs einer Ihrer Einwilligungen findet keine weitere Datenverarbeitung mehr statt, es sei denn, dass diese für die Durchführung unserer Vertragspflichten zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung unserer Rechtsansprüche und unserer sonstigen gesetzlichen Verpflichtungen erforderlich ist bzw. wird.

### **Ihren Widerruf richten Sie bitte an unsere Datenschutzbeauftragte:**

RA Mag. Katja Schreibmayer: katja.schreibmayer@mare-gmbh.at

## **RECHTSBELEHRUNG:**

Nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben stehen Ihnen grundsätzlich die Rechte auf

- Auskunft,
- Berichtigung,
- Löschung,
- Einschränkung,
- Datenübertragbarkeit und
- Widerspruch zu.

Dafür wenden Sie sich bitte an uns.

Wenn Sie annehmen, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei der Datenschutzbehörde beschweren. Wir weisen Sie auch ausdrücklich auf unsere um-

fangreiche **Datenschutzrichtlinie** auf unserer Homepage [www.klinik-wilhering.at](http://www.klinik-wilhering.at) hin.

### **Sie erreichen uns unter folgenden Kontaktdaten:**

Klinik Wilhering GmbH  
Am Dorfplatz 1, Schönering, 4073 Wilhering  
Tel. 07226/40004  
info@klinik-wilhering.at  
Geschäftsführer: KoR Renate Remta-Grieshofer, Prim. Prof. Dr. Peter Grieshofer

### **Unsere Datenschutzbeauftragte Frau Mag. Katja Schreibmayer erreichen Sie unter:**

E-Mail: katja.schreibmayer@mare-gmbh.at

## **Ich habe vorstehende Informationen verstanden und zur Kenntnis genommen:**

Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in oder  
gesetzlicher Vertreter:

\_\_\_\_\_

Unterschrift Angehöriger:

\_\_\_\_\_