

Einverständniserklärung

Ich stimme der Befundübermittlung an den behandelnden Arzt per Fax, Post und im Wege verschlüsselter elektronischer Kommunikation zu und nehme zur Kenntnis, dass Befunde nur unter Vorlage eines Lichtbildausweises abgeholt werden können. Die Abgabe meines Befundes an eine Person meines Vertrauens kann nur mit meiner schriftlichen Vollmacht erfolgen.

Name (Blockbuchstaben):

Geburtsdatum:

Mailadresse:

Telefonnummer:

Die entnommenen Proben (Blut, Abstriche,...) werden an Ihr Labor Dr. Greiner, Wagramerstraße 144, 1220 Wien, geschickt. Die Befundung erfolgt in Eigenverantwortung dieses Labors.

Die elektronische Befundübermittlung an den behandelnden Arzt erfolgt über:

DaMe:

A1 Telekom Austria AG, Lassallestraße 9, 1020 Wien, Österreich

MedicalNet:

Health Communication Service GmbH, Ricoweg 22, 2351 Wr. Neudorf, Österreich

Die digitale Befundabfrage für den behandelnden Arzt erfolgt mittels:

BefundPost:

Zweieck Qt-Experts, GmbH & Co KG, Tuchlauben 7a, 1010 Wien, Österreich

Labuniq:

LABUNIQ Servicegesellschaft mbH, Rotenhofgasse 14, 1100 Wien, Österreich

Die digitale Befundabfrage per BefundPost, oder Labuniq sowie die elektronische Befundübermittlung per MedicalNet oder DaMe erfolgen unter Zuhilfenahme von Dienstleistungen des jeweiligen oben genannten Dienstleisters. Wir haben mit den Dienstleistern die gesetzlich erforderlichen Vereinbarungen und Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen. Der Datenaustausch erfolgt in gesicherter und verschlüsselter Form.

Wenn Sie mit der Weiterleitung Ihrer Befunde an den behandelnden Arzt nicht mehr einverstanden sind, können Sie Ihr Einverständnis mittels Brief an Neusiedlerstraße 19, 2340 Mödling oder per E-Mail an office@villa-medica.at, sowie telefonisch unter +43 2236 866 066 jederzeit widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Gültigkeit der bereits übermittelten Daten bis zum Widerruf. Ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden keine Befunde an den behandelnden Arzt übermittelt.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten