

Patient:

Familienname:.....Vorname:.....Akad. Grad:.....

Versicherungsnummer/ Geburtsdatum: ____ / ____

Krankenkasse:

- ☐ ÖGK NÖ
☐ ÖGK Wien
☐ Andere Krankenkasse

Zusatzversicherung:..... ☐ Spital ☐ Wahlarzt

PLZ Ort,Str.....

Tel.Nr.:.....

Hauptversicherte/r:

Familienname: Vorname: Akad.Grad:

Versicherungsnummer/Geburtsdatum: ____ / ____ Krankenkasse:.....

Einwilligungserklärung

Ich stimme zu, dass die Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum Betriebsges.m.b.H. sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten)

- an den überweisenden Arzt weitergeben darf
- an die in der Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum, ansässigen Ärzte der gleichen Fachrichtung (Vertretungen) weitergeben darf
- an die folgende E-Mailadresse mittels verschlüsselter E-Mail senden darf (in diesem Fall muss zwingend auch eine Telefonnummer angegeben werden, da zum Öffnen des Dokumentes ein Kennwort an die Telefonnummer verschickt wird):

Email:

Die Weitergabe und Anforderung der Informationen dürfen ausschließlich zum Zwecke meiner Behandlung erfolgen.

Bitte Folgeseite beachten!

Ich stimme zu, dass meine Honorarnote an die von mir angegebene Krankenkasse übermittelt wird. Die Krankenkasse tätigt die Überweisung an das von Ihnen zuletzt angegebene Konto. Änderungen der Kontodaten sind der Krankenkasse direkt zu melden und werden in der Ordination nicht erfasst.

- ☐ JA
☐ NEIN

Ich stimme zu, dass die Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum Betriebsges.m.b.H. personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum und Adresse)

- für die Bestellung von Impfserum an die Georg Apotheke, Badstraße 49, 2340 Mödling weitergeben darf

Obenstehende Einwilligungen kann ich jederzeit mittels Briefes an Neusiedlerstraße 19, 2340 Mödling oder per E-Mail an office@villa-medica.at, sowie telefonisch unter +43 2236 866 066 widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt. Ich habe diese Informationen gewissenhaft gelesen und erkläre mich einverstanden.

Meine Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden absolut vertraulich behandelt und an keine anderen als die oben angeführten Personen bzw. Einrichtungen weitergegeben.

.....
Datum

.....
Unterschrift