Patient:

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

Versicherungsnummer/ Geburtsdatum: ___/___/___ 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 Arzneispezialitäten)

- an den überweisenden Arzt weitergeben darf
- an die in der Villa Medica, Medizinisches Kompetenzzentrum, ansässigen Ärzte der gleichen Fachrichtung (Vertretungen) weitergeben darf
- bei von Ihnen beauftragten Medikamentenbestellungen an die Alte Leopoldsapotheke, Mag. Martina Klose, Plankengasse 6, 1010 Wien 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:

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

Wir erinnern Sie per SMS oder Email an Ihren Termin.

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

Obenstehende Einwilligungen kann ich jederzeit mittels Brief 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