Dr. med. Martina Schmid

Ärztin für Allgemeinmedizin

Fachärztin für Anästhesiologie/Geriatrie

Dr. Norman Schmid

Klinischer- und Gesundheitspsychologe

Leiter Fachbereich Psychologie

**PATIENTENVERTRAG / DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG**

**Vorname: ……………………………………………… Name:…………………………………………………………**

**Geboren am: ………………………………………………………………………………………………………………….**

Ich bin einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten erfasst und verarbeitet werden. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen und psychologischen Verschwiegenheitspflicht und werden absolut vertraulich behandelt.

 Ja  Nein

Ich bin einverstanden, dass meine Befunde bzw. persönlichen Daten nach Maßgabe im Ordinationsteam (Psychologie – Medizin) besprochen bzw. ausgetauscht werden. Die Weitergabe an Dritte bzw. Zuweiser erfolgt nur nach Absprache mit den PatientInnen. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit eine Auskunft über die gespeicherten (personenbezogenen und gesundheitsbezogenen) Daten erhalten kann und ein Recht auf Korrektur oder Löschung dieser Daten habe, soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen.

 Ja  Nein

Ich bin einverstanden, dass Blut-, Speichel-, Stuhl und Harnproben etc. an die zertifizierten Partnerlabore (i. d. R. ENML in St. Pölten und GanzImmun mit Labor Dr. Kirkamm GmbH, Mainz) weitergeleitet werden. Die Analyse und Befundung erfolgt in deren Eigenverantwortung.

 Ja  Nein

Hiermit erkläre ich, dass ich ausdrücklich mit der Übermittlung von Befunden, Terminvereinbarungen etc. an folgende

E-Mail-Adresse:…………………………………………………………………………………………..einverstanden bin. Die E-Mail-Übertragung erfolgt unverschlüsselt und entspricht daher nicht der Datenschutzgrundverordnung.

 Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift erklärte ich mich bereit, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. gegebenenfalls 2 Tage im Voraus abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage werden Termine in Rechnung gestellt.

………………………………………………………… ………………………………………………………………

(Ort, Datum) (Unterschrift)