

<b>VORNAME</b> Patient/Patientin oder Erziehungsberechtigte/r	
<b>NACHNAME</b> Patient/Patientin oder Erziehungsberechtigte/r	
<b>GEBURTSDATUM</b>	
<b>TELEFONNUMMER</b> Patient/Patientin oder Erziehungsberechtigte/r	
<b>E-MAIL-ADRESSE</b> Patient/Patientin oder Erziehungsberechtigte/r	

## Einwilligungserklärung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

betreff. optionale bzw. einwilligungspflichtige Datenverarbeitungsvorgänge gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art 9 Abs. 2 lit. a DSGVO i.V.m. Art. 7 DSGVO

- Einwilligungserklärung für die Übermittlung von Patientendaten an mitbehandelnde Ärzte oder medizinische Einrichtungen:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass das Allergie Zentrum Neusiedl personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose, Befunde, Rezepte und damit zusammenhängende Angaben) an mitbehandelnde Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.

Weiters stimme ich ausdrücklich zu, dass das Allergie Zentrum Neusiedl dem Zuweiser oder der zuweisenden medizinischen Einrichtung einen Befundbericht über das Ergebnis meiner Untersuchung übermitteln darf.

- Einwilligungserklärung für Kontakte per Telefon, SMS oder Mail:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass mich das Allergie Zentrum Neusiedl unter den von mir angegebenen Kontaktdaten zum Zwecke der Terminkoordination, der Terminerinnerung und zur Übermittlung von Informationsmaterialien (zB. Merkblätter, Diäten bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie Informationen zur Vorbereitung zum Atemtest) kontaktieren darf.

Ich stimme weiters ausdrücklich zu, dass mir das Allergie Zentrum Neusiedl Auskünfte (insb. bei Terminänderungen), die weder personenbezogene Daten besonderer Kategorien im Sinne von Art. 9 DSGVO enthalten noch unmittelbar Rückschlüsse auf meine Person zulassen, erteilen darf und auch, dass mich das Allergie Zentrum Neusiedl zwecks Befundbesprechung zum vereinbarten Termin kontaktieren und mir - nach Abfrage des vereinbarten Passwortes - das Ergebnis der Untersuchung mitteilen darf.

- Einwilligungserklärung zur Befundzustellung per Post:

Ich stimme ausdrücklich zu, dass mir das Allergie Zentrum Neusiedl Dokumente (insb. Untersuchungsergebnisse) per Post zustellen darf.

Die von Ihnen in diesem Zusammenhang erteilte Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Neusiedl, am \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

- bei Personen ab 18 Jahren: Unterschrift der Person

- bei Kindern ab 14 Jahren: Unterschrift eines/einer Erziehungsberechtigten sowie die Unterschrift des Kindes

- bei Kindern unter 14 Jahren: Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Unterschreibt ein Elternteil als Erziehungsberechtigte/r allein, so erklärt sie/er mit ihrer/seiner Unterschrift, dass ihr/ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.