



Einwilligungserklärung Datenschutzgrundverordnung

Name PatientIn: _____

Versicherungsnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Ich stimme zu, dass meine behandelnde Ärztin Dr. Birgit Mallinger-Taferner an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlungen ich mich befinde oder begeben - insbesondere zur Befunderstellung - Daten übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass oben angeführte mich behandelnde Ärztin bei diversen Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen von diesen Ärzten und Einrichtungen Befunde, Befundberichte und Therapieempfehlungen übermittelt bekommen darf.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Diese Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlegen des Widerrufs davon unberührt.

Klagenfurt am, _____

Unterschrift