

DR. TANJA PETRIC  
DR. STEPHAN SCHMUTZ  
DR. SAMANTHA WACHTER

PRAXIS FÜR KINDER UND JUGENDLICHE  
8054 SEIERSBERG  
PREMSTÄTTERSTRASSE 1

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### Zur Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

„Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begebe, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

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

Name, SV-Nr:

[Patient]

---

Name, SV-Nr:

[gesetzl. Vertreter]

---

Datum:

---

Unterschrift:

[Patient od. gesetzl. Vertreter]

---