

Zustimmungserklärung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten

Die Bildübermittlung ist mittels MARC oder Teleimage möglich.

Ich, _____, geboren am _____ bin damit einverstanden,

dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten für Zwecke der Gesundheitsvorsorge, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheitsbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheitsbereich entsprechend den Bestimmungen des Diagnostik Zentrum Graz, CT und MRT GmbH entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen gespeichert und verarbeitet werden (BEHANDLUNGSVERTRAG).

dass meine Gesundheitsdaten (z. B. Schnittbilder und Befunde) bei Bedarf an weiterbehandelnde Ärzte oder Krankenanstalten übermittelt werden.

dass ich im Diagnostikzentrum Graz mit meinem Namen über die Monitore aufgerufen werde.

dass für die Erstellung meines Befundes notwendige Gesundheitsdaten (z.B. Vorbefunde) bei anderen Ärzten oder Krankenanstalten sowie die steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), angefordert werden

Gleichzeitig stimme ich zu, dass der zuständige Arzt/die zuständige Krankenanstalt, sowie die steierm. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), diese Daten übermittelt.

- Daten: Aufenthaltsdaten: Dauer (von - bis), stationär/ambulant, Medizinische Abteilung/ Organisationseinheit
"Hauptdokument" (z.B. ärztliche Entlassungsbriefe, medizinische Befunde und Bilder von medizinischen Geräten, z.B. radiologische Bilder, Ultraschallbilder, etc.)
 Weitere Dokumente aus der Patientendokumentation (z.B. Laborbefunde, OP-Berichte, etc.)

Die Weitergabe und Anforderungen der Informationen darf **ausschließlich** zum Zwecke meiner Behandlung/Diagnostik/Gesundheitsvorsorge erfolgen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ohne Begründung widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bleibt davon unberührt.

Graz, am

06.05.2024

Unterschrift des Patienten