

Sehr geehrte Patient:innen!

Um Sie bestmöglichsten behandeln zu können, ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte unumgänglich. Sollte es Ihrem Wunsch entsprechen, dass Vorbefunde aus der Ordination für Neurologie Kettenbrücke und/oder der Ordination für Neurochirurgie - Wirbelsäulenzentrum Kettenbrücke (wik@kettenbruecke.com), der Ordination für Radiologie Kettenbrücke (radiologie@kettenbruecke.com) oder der Privatklinik Kettenbrücke (aerztesekretariat@kettenbruecke.com) an meine Ordination übermittelt werden, so steht Ihnen frei dieses Formular zur Anforderung Ihrer medizinischen Unterlagen zu verwenden, auszufüllen, nach Ihren Wünschen anzukreuzen und unterzeichnet an die betreffende Organisation zu übermitteln.

Anforderung zur Direktweitergabe meiner ambulanten und stationären Befunde

Ich, _____, geboren, am _____, ersuche die folgenden Institutionen sämtliche Informationen aus meiner ambulanten und stationären Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneyspezialitäten) zum Zwecke meiner Behandlung an die Ordination Dr. Jochen W. Obernauer (ordination@dr-obernauer.at) zu übermitteln:

☒ Ordination für Neurologie und Ordination für Neurochirurgie – Wirbelsäulenzentrum Kettenbrücke

☒ Stammdaten ☒ Karteiauszug

☒ ambulante Dokumente (Arztbriefe, Infiltrationsprotokolle, externe Befunde, Labore etc.)

☐ Ordination für Radiologie Kettenbrücke

Bildgebungen auf Datenträger und dazugehörige schriftliche Befundungen der letzten 12 Monate.

☐ Privatklinik Kettenbrücke

Neurochirurgische Behandlungsdokumentation (stationäre Arztbriefe und OP-Berichte).

☒ Ich bin mit der Erfassung, Nutzung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen, auch sensiblen Daten (Gesundheitsdaten) durch die Ordination Dr. Jochen W. Obernauer, soweit dies zur Erbringung der vertragsgemäß geschuldeten Leistung zweckmäßig ist, einverstanden.

☐ Gleichzeitig widerrufe ich hier meine bestehende Zustimmungserklärung an den Ordinationen für Neurologie und Neurochirurgie Kettenbrücke und veranlasse, dass nach Befundübermittlung an die Ordination Dr. Jochen W. Obernauer meine Daten entsprechend gesetzlich vorgeschriebener Speicherfristen archiviert werden, jedoch keine weitere Ver- und Bearbeitung meiner Daten mehr erfolgt.

Innsbruck, am _____

Datum

Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Recht auf Widerruf:

Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich unter ordination@dr-obernauer.at widerrufen werden. Ein Widerruf oder eine Verweigerung der Zustimmungserklärung hat zur Folge, dass keine personenbezogenen Daten und Bilder übermittelt oder angefordert werden dürfen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Weitere Informationen zu den Datenschutzhinweisen gem. DSGVO 2018 (Datenschutzbeauftragter, Rechte und Speicherfristen) erhalten Sie unter www.dr-obernauer.at im Bereich „Datenschutz“.