Dr. Helmut Gallistl Stammdatenblatt Urologie

Wenzel-Messenhausergasse 1, 2232 Deutsch-Wagram

Name | Vorname | Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer/Krankenkasse | Zusatzversicherung

Adresse | Postleitzahl/Ort

E-Mail | Telefonnummer (mobil)

Beruf (auch vormals ausgeübt)

Hausarzt | bisherige urologische Betreuung

Wichtige medizinische Angaben

Allergien:

Medikamente (u.a. Blutverdünnung):

Operationen im/an Bauchraum, äußeres Genitale:

internistische Erkrankungen:

familiäre Erkrankungen:

Nikotin:

Mit meiner Unterschrift stimme ich Folgendem zu:

- ○ Meine Daten werden elektronisch erfasst und gespeichert
- ○ Mein Fach- bzw. Praktischer Arzt darf über meine Behandlung informiert werden.
- ○ Mein Partner/in und ich bekommen telefonische/elektronische Auskunft betreffend der Diagnosen und Behandlung.

Datum:

Unterschrift:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam (Arzt, Internet, Freunde, etc.?):

Dr. Helmut Gallistl, Facharzt für Urologie, Wahlarzt
Wenzel-Messenhausergasse 1, 2232 Deutsch Wagram

mobil: +43 678 1220888
email: h.gallistl@icloud.com
www.urologie-gallistl.at

Datenschutz-Behandlungs-Informationsblatt

Sehr geehrter Patient/in!

Laut österreichischem Ärztegesetz bin ich verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten, Ihre medizinische Geschichte sowie Befunde zu dokumentieren und 30 Jahre aufzubewahren.

Zugang zu Daten haben ausschließliche ich sowie meine Angestellten und Datenverarbeiter, die allesamt der Schweigepflicht unterliegen und dieser zusätzliche schriftlich zugestimmt haben. (s. Verfahrensanweisung)

Ihre Proben (Blutabnahmen, Abstriche, andere Präparate) und die zur Identifizierung und Bearbeitung notwendigen Daten werden zur Bekundung an folgende ärztliche Kollegen weitergeleitet:

HZL-Nußdorf/Pathologie Dr. T. Kessler GmbH; Greinergasse 45, 1190 Wien.
SYNLAB/IMCL: Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik GmbH; Labor Donauzentrum
labors.at: Institut für medizinische und chemische Labordiagnostik: 1210 Wien, Kürschnergasse 6b
Labor Kaserer Koperek & Beer OG: Histopathologisches Labor, 1030 Wien, Reisnerstraße 5.

Die Übermittlung der Befunde erfolgt gemäß den geltenden gesetzlichen Bestimmungen per Post, per Telefax oder per passwortcodierter gesicherter Onlineabfrage (s. Verfahrensanweisung).

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit willige ich ein, dass mir die Ordination Dr. Gallistl Befunden Unterlagen, bzw. andere Informationen (Terminerinnerungen, Überweisungen, Rezepte) per unverschlüsselter e-mail übermitteln darf und ich möchte im Bedarfsfall eine Kommunikation auch über andere digitale Medien (SMS, Whatsapp). Weiters dürfen bei Bedarf meine Befunde von Hr. Dr. Gallistl von anderen Ordinationen/Krankenhäusern/Instituten/Ärzten angefordert werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung von Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten könnten. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

- ○ Ich stimme zu
- ○ Ich stimme nicht zu
- ○ Ich habe keine e-mail Adresse und ersuche um telefonische oder postalische Übermittlung

Selbstverständlich stehen Ihnen jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung sowie Widerruf der Einwilligung (schriftlich) nach den jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu. Ich habe alles gelesen und verstanden.

Datum | Unterschrift | Name in Blockschrift