

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.Dat:** \_\_\_\_\_

**Akad. Titel:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl/Ort:** \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Tel.Nr.:** \_\_\_\_\_

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

**Übermittlung von Patientendaten /Befund-/Bildversand mittels Internet/E-Mail bzw. FAX an den Patienten oder an den behandelnden Arzt bzw. eine medizinische Einrichtung, sowie teleradiologische Befundung**

Der Befundversand per E-Mail oder Fax erfolgt nur im Rahmen einer medizinischen Dringlichkeit. Der Versand von Befunden/Bildern per E-Mail/FAX ist gemäß Datenschutzgesetz/DSGVO bzw. Gesundheits-telematikgesetz nicht zulässig, da der Schutz bzw. die Integrität der Daten nicht mit letzter Sicherheit gewährleistet werden können. Mir ist bewusst, dass dadurch unberechtigte Dritte die Daten einsehen oder verändern könnten und dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

**Ich bin damit einverstanden, dass bei Bedarf meine Befunde/Bilder per Internet/E-Mail bzw. FAX an mich selbst oder an den behandelnden Arzt/medizinische Einrichtung übermittelt, sowie teleradiologisch versendet und befundet werden.**

**JA**  **NEIN**

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

## Honorar & Kostenrefundierung durch die gesetzlichen Krankenkassen

Alle Untersuchungen werden in unserer Ordination als Privatleistung durchgeführt. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Kosten seitens der gesetzlichen Krankenkassen nicht refundiert werden. Mir ist bekannt, dass diese Leistungen über radiologische Vertragsinstitute bzw. öffentliche Krankenanstalten kostenfrei zugänglich wären. Ich willige in die Bezahlung des Honorars trotzdem ein.

Perchtoldsdorf, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift