



DR. SABINE HUMMER  
LUNGENFACHÄRZTIN

## Einverständniserklärung Versand von Patientendaten

Ich (Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

---

---

bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Ärztin Dr. Sabine Hummer, 2500 Baden, Wiener Straße 3, zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung meine Befunde von Krankenhäusern und anderen behandelnden Ärzten bis auf Widerruf anfordern, bzw. an Krankenhäuser und behandelnde Ärzte versenden kann.

Die Übermittlung erfolgt unverschlüsselt per FAX, Post oder elektronisch (Arztintranet).

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

---

Ort, Datum

Unterschrift