

Einwilligung zur Abholung von Rezepten, Befunden und Überweisungen durch Angehörige oder Vertrauenspersonen

Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass folgende Person(en) meine Rezepte, Befunde und Überweisungen im Allergie-Ambulatorium Reumannplatz abholen dürfen.

Name der Person: _____

Name der Person: _____

Name der Person: _____

Bitte beachten Sie, dass die abgeholten Informationen möglicherweise sensible Daten über Ihren Gesundheitszustand enthalten.

Voraussetzung für die Abholung ist, dass die Person (Angehöriger oder andere Vertrauensperson) Ihre E-CARD zur Abholung mit bereithält. Das Allergie Ambulatorium wird die Identität der Person prüfen (z.B. Vorzeigen eines Ausweis). Wenn Zweifel an der Identität besteht, behalten wir uns das Recht vor, den Befund / das Rezept / die Überweisung nicht auszuhändigen.

Diese Einwilligung kann jederzeit unter office@allamb.at oder bei einem unserer Mitarbeiter widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Name in Blockbuchstaben

Geburtsdatum

Ggf. gesetzlicher Vertreter

Geburtsdatum

Unterschrift

Datum

Eine Datenschutzinformation für Patienten können Sie gerne jederzeit bei einem unserer Mitarbeiter anfordern oder am Aushang in der Ordination lesen.