

Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Persönliche Daten

FRAU / HERR Vor- und Nachname in Blockschrift, Geburtsdatum

WICHTIG: Nichtzutreffendes bitte streichen, sollten Sie in einem oder mehreren Punkten kein Einverständnis erteilen. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt. Bitte unterzeichnen nicht vergessen!

Datenverarbeitung und Informationsübermittlung

Ihre persönlichen Daten und Ihre Krankengeschichte werden im Kinderwunschzentrum an der Wien elektronisch verarbeitet und gespeichert. Diese Daten müssen gemäß FMedG §18 für 30 Jahre aufbewahrt werden und dürfen zuvor nicht gelöscht werden. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, ist es nicht möglich eine Behandlung in unserem Institut durchzuführen.

Im Verlauf der Behandlung werden behandlungsrelevante und personenbezogene Daten an Sie verschickt.

Sollten sich Ihre Daten ändern, ersuchen wir um eigenverantwortliche Übermittlung Ihrer aktuellen Daten!

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Datenübermittlung mittels unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr Dritte Kenntnis über diese Informationen erhalten und die Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Für jegliche Übertragung und wahrheitsgemäße Angaben unserer Daten bin ich eigenverantwortlich.

Ich stimme zu, dass das Kinderwunschzentrum an der Wien behandlungsrelevante Informationen (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, Info- Newsletter, etc.) an folgende E-Mail-Adresse versenden darf.

E-Mail-Adresse:

Ich stimme einem Postversand zu. Sollten Sie nicht einverstanden sein, werden sämtliche Unterlagen ausschließlich persönlich an Sie übergeben, was die Behandlung erheblich verzögern bzw. erschweren kann.

Informationsübermittlung an betreuende Ärzt*innen

Ich stimme zu, dass das Kinderwunschzentrum an der Wien behandlungsrelevante Daten (Behandlungsverlauf, Ergebnis der Behandlung) an meine/n betreuende/n Fachärzt*in per Post oder E-Mail übermitteln darf.

Unterschrift

Datum	Unterschrift