

## Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

### Persönliche Daten

**FRAU** Vor- und Nachname in Blockschrift, Geburtsdatum

**PARTNER\*IN** 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!**

Wir nehmen zur Kenntnis, dass durch die Datenübermittlung mittels unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr Dritte Kenntnis über diese Informationen erhalten und die Daten verändert werden können. Uns ist bewusst, dass dies zur Offenlegung unseres Gesundheitszustandes führen kann. Für jegliche Übertragung und wahrheitsgemäße Angaben unserer Daten sind wir eigenverantwortlich.

Wir stimmen zu, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Informationen (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, Info-Newsletter, etc.) an folgende E-Mail-Adresse(n) versenden darf.

**E-Mail-Adresse Frau:**

**E-Mail-Adresse Partner\*in:**

Wir stimmen 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 Partner\*in

Wir stimmen zu, dass meine behandlungsrelevanten Daten an meine\*n Partner\*in übermittelt werden dürfen.

### Informationsübermittlung an betreuende Ärzt\*innen

Wir stimmen zu, dass das Kinderwunschzentrum an der Wien behandlungsrelevante Daten (Behandlungsverlauf, Ergebnis der Behandlung) an unsere betreuenden Fachärzt\*innen per Post oder E-Mail übermitteln darf.

### Unterschriften

Datum	Unterschrift Frau	Unterschrift Partner*in