Patientendatenblatt & Datenschutzerklärung Seite 1/2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name:  | Vorname:  | Titel:  |
| Vers. Nr.  | Geb.datum:  | Krankenkasse:  |
| Straße:  | PLZ: page1image60079680 | Ort: page1image60069696 |
| Telefonnummer:  | Email: page1image60083392 |
| **Allergien**: page1image60099200 |
| **Medikamente**: page1image37998640 |
| **Blutverdünnende** Medikamente: |
| **Voroperationen**: |

**Meine wichtigsten Fragen an Dozent Hruby:**

**1)**

**2)**

**3)**



Patientendatenblatt &Datenschutzerklärung Seite 2/2

**Name:**

**Geb. Datum:**

**Datenschutzerklärung**:

„Ich stimme zu, dass Herr PD Dr. Hruby personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begebe, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung übermitteln darf. Weiters stimme ich zu, dass Herr PD Dr. Hruby bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.“

**Terminreservierung**:

Die Terminvereinbarung hat zur Folge, dass ein Zeitrahmen von 30 Minuten für Sie reserviert ist. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir um rechtzeitige Bekanntgabe (bis am Vortag) entweder per Mail oder telefonisch, da ansonsten das Ordinationshonorar verrechnet werden muss.

„Ich erkläre mich mit den oben genannten Bedingungen einverstanden.“

.............................................................................................. ………………., am .....................................................

Unterschrift des Patienten

Priv.Doz.Dr. Stephan Hruby, FEBU

Ordination für Urologie

Schmalenbergham 4,

5760 Saalfelden am Steinernen Meer

Österreich

ordination@stephanhruby.at

www.stephanhruby.at

