

# Einwilligungserklärung

## Übermittlung von Patientendaten an / von andere(n) Ärzte(n) oder medizinische(n) Einrichtungen

Ich, (Vorname) \_\_\_\_\_

(Familiename) \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

stimme zu, dass bis auf Widerruf mein behandelnder Arzt,  
**Herr Dr. med. univ. Christian Otrel**

personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung bzw. Gutachtenserstellung übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt,

**Dr. med.univ. Christian OTREL**

bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen oder zum Zweck einer Gutachtenserstellung einen **Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält**

UND nach Befundanforderung an **andere Ärzte, Therapeuten oder medizinische bzw . therapeutische Einrichtungen mein behandelnder Arzt meine gesamte Krankengeschichte erhalten darf.**

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

---

Datum

Unterschrift