



Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Frau Vor- und Nachname in Blockschrift, Geburtsdatum

PartnerIn Vor- und Nachname in Blockschrift, Geburtsdatum

1) Datenverarbeitung und Informationsübermittlung

Ihre persönlichen Daten werden im Kinderwunschzentrum im Rahmen Ihrer Krankengeschichte 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 stimmen zu, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, etc.) an folgende E-Mail-Adresse(n) versenden darf:

E-Mail-Adresse Frau: _____

E-Mail-Adresse PartnerIn: _____

Wir nehmen zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung von Daten 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.

Wenn Sie mit einem Postversand nicht einverstanden sind, werden sämtliche Unterlagen ausschließlich persönlich an Sie übergeben, was die Behandlung erheblich verzögern bzw. erschweren kann.

- Wir lehnen ab, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, etc.) postalisch an uns versenden darf.

2) Informationsübermittlung an betreuende ÄrztInnen

- Wir lehnen ab, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (Behandlungsverlauf, Ergebnis der Behandlung) an unsere betreuenden FachärztInnen übermitteln darf.



3) Informationsübermittlung an PartnerIn und Dolmetsch

- Ich lehne ab, dass meine behandlungsrelevanten Daten (Befundergebnisse, Termine, etc.) telefonisch, postalisch oder per E-Mail an meine/n PartnerIn übermittelt bzw. von ihr/ihm abgeholt werden dürfen.
- Wir stimmen zu, dass unsere behandlungsrelevanten Daten (Befundergebnisse, Termine, etc.) telefonisch oder postalisch an folgende Kontaktperson (Dolmetsch, Familienangehöriger, etc.) übermittelt bzw. von ihr/ihm abgeholt werden dürfen:

Name Kontaktperson: _____

Telefonnummer: _____

4) Informationsübermittlung an das Bundesministerium (IVF-Fonds)

Im Falle einer IVF-Behandlung, die durch den österreichischen IVF-Fonds unterstützt wird, werden medizinische Daten an das Bundesministerium für Gesundheit übertragen. Diese Übermittlung erfolgt über eine verschlüsselte Plattform und ist Grundlage der Behandlung und Abrechnung. Eine Ablehnung bedeutet, dass keine finanzielle Unterstützung durch den IVF-Fonds möglich ist.

5) Informationsübermittlung an externe Institutionen (Behandlungsverwaltung)

Zu ausgewählten Zeitpunkten ist eine Übermittlung Ihrer behandlungsrelevanten und personenbezogenen Daten an externe Institutionen nötig. So werden Ihre Daten z.B. zum Zweck der Abrechnung an das Goldene Kreuz übermittelt oder für auswärtige Untersuchungen wie Genetik an unsere Vertragspartner (z.B. Labors) übermittelt. Bei Übernahme der Behandlung in ein Krankenhaus müssen Informationen über den bisherigen Behandlungsverlauf übermittelt werden.

- Wir lehnen ab, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten an externe Institutionen übermittelt. In diesem Fall sind wir persönlich für die Übermittlung der behandlungsrelevanten Daten verantwortlich. Uns ist bewusst, dass dies zu einer Verzögerung in unserer Behandlung führen kann.

Wichtig: In akuten medizinischen Notfällen sind wir stets und auch ohne Ihr Einverständnis berechtigt, Ihre Daten an externe Institutionen zu übermitteln!

Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Unterschrift Frau
(handschriftlich)

Datum

Unterschrift PartnerIn
(handschriftlich)