



Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Frau / Herr 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.

Ich stimme zu, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, etc.) an folgende E-Mail-Adresse versenden darf:

E-Mail-Adresse: _____

Ich nehme 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. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Für jegliche Übertragung und wahrheitsgemäße Angaben meiner Daten bin ich 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.

- Ich lehne ab, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, etc.) postalisch an mich versenden darf.

2) Informationsübermittlung an betreuende ÄrztInnen

- Ich lehne ab, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten (Behandlungsverlauf, Ergebnis der Behandlung) an meinen betreuenden Facharzt übermitteln darf.



3) Informationsübermittlung an Dolmetsch

- Ich stimme zu, dass meine 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.

- Ich lehne ab, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Daten an externe Institutionen übermittelt. In diesem Fall bin ich persönlich für die Übermittlung der behandlungsrelevanten Daten verantwortlich. Mir ist bewusst, dass dies zu einer Verzögerung in meiner 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 PatientIn
(handschriftlich)

Datum