

Haben Sie Allergien gegen Jod/Kontrastmittel Nein o Ja o

Andere Allergien:

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis etc.)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name, Dosierung, wie oft)

.....
.....

Erkrankungen in der Familie: (Herzinfarkt unter 60, Diabetes, Grüner Star/Glaukom, Dickdarmkrebs, Melanom, Brustkrebs etc.):

Letzte Vorsorgeuntersuchung:

Datum: Unterschrift:

Ich..... (Name, Geburtsdatum)
bin damit einverstanden, dass durch die Übergabe meiner e-Card meine Daten in der
Ordination Dr. Birgit Höller zum Zweck der medizinischen Administration, Rechnungslegung und
Verrechnung mit den zuständigen Versicherungsträgern verschlüsselt erhoben, verarbeitet und
genutzt werden können. Weiters bin ich auch einverstanden, dass meine Daten an
mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzten, medizinischen Einrichtungen, Therapeuten,
Heimhilfen, Organisationsmitarbeitern, Labor Befundübermittlungssystemen weitergegeben,
übermittelt bzw. eingeholt werden und ebenfalls zu demselben Zwecken verarbeitet und
genutzt werden können. Diese Daten werden immer vertraulich und nach Regelung der DSGVO
verarbeitet und in der notwendigen Form verschlüsselt weitergegeben. Ich bin darauf
hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf
freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit
Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wien am, Unterschrift: