

IKM/Extern Richtlinie 2004.2192 vom 07.07.2023

EMPFÄNGER

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Institut für Hygiene und Mikrobiologie
Stiftingtalstraße 16
8036 Graz
Fax: 0316/340-5703

Einwilligungserklärung zur Ausfolgung von Patientenunterlagen

Ich,, geb. am, Soz. Vers. Nr. erteile meine ausdrückliche Einwilligung zur Ausfolgung nachfolgend angeführter Unterlagen aus meiner Patientendokumentation durch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie, Stiftingtalstraße 16, 8036 Graz, an (anfordernde*r Ärzt*in/Gesundheitsdienstleister).

Auszufolgende Dokumente (Befunde):

.....
.....

Zeitraum: (Datum/Zeitraum einfügen)

Die Übermittlung der Daten durch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie, Stiftingtalstraße 16, 8036 Graz, erfolgt zum Zwecke meiner medizinischen Weiterbehandlung.

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Zustimmungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Für einen Widerruf kann ich mich an e-Mail: direktion@krankenhaushygiene bzw. T: 0316-340-5700 wenden. Allfällige vor meinem Widerruf bereits durchgeführte Datenübermittlungen bleiben in diesem Fall rechtmäßig.

Unterschrift des/der Patient*in/
gesetzlicher Vertreter

ABSENDER: Stempel und Unterschrift des/der
anfordernden Ärzt*in/Gesundheitsdienstleisters

ACHTUNG: Diese Nachricht und ihre Anlagen enthalten sensible Daten und sind nur für den/die Empfänger*in bestimmt! Die Weitergabe oder Vervielfältigung durch andere als den/die Empfänger*in ist verboten und kann strafrechtliche Folgen nach sich ziehen. Wenn Sie diese Sendung irrtümlich erhalten haben, verständigen Sie bitte unverzüglich den Absender!