

# EINVERSTÄNDNIS- ERKLÄRUNG

zur Befundübermittlung  
per Post / Fax und Digital

# DECLARATION OF CONSENT

for the Delivery of Results  
via Post / Fax and Online

## IHR LABOR 1070

Dr. Pia Schatz

Westbahnstraße 6A, 1070 Wien

E: info1070@ihrlabor.at, F: +43 1 523 63 29

Name (Blockbuchstaben) / Name (in block capitals): .....

Telefon Nr. / Phone Nr.: .....

Geburtsdatum / Date of Birth: .....

Protokoll-Nr. / Protocol Nr.: .....

Ich wünsche, dass meine Befunde an die unten  
angeführte Adresse übermittelt werden

I hereby request my results to be delivered to the  
address indicated below

an die medizinische Einrichtung / to the following medical institute: .....

per Post, Adresse / to the following postal address: .....

per Fax, Faxnummer / to the following fax number: .....

per E-mail, E-Mail Adresse / e-mail address.....

Passwort: 4-stellige SV Nr. oder Geburtsdatum im Format JJJJMMTT /

Password: 4-digit SV number or date of birth in the format YYYYMMDD

Datum / Date: .....

Unterschrift der Patientin, des Patienten / Signature of Patient: .....

Ich stimme der Befundübermittlung an meinen behandelnden Arzt per Fax, Post und elektronischer Kommunikation zu. Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation, somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten, erhalten darf. Die elektronische Befundübermittlung erfolgen unter Zuhilfenahme von Dienstleistern wie Internetprovider, E-Mail-Anbieter. Wir haben mit den Dienstleistern die gesetzlich erforderlichen Vereinbarungen und Sicherheitsvorkehrungen getroffen, um ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf berührt nicht die Gültigkeit der bereits übermittelten Daten bis zum Widerruf. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

I consent to the transmission of my lab results to my treating doctor by fax, post and/or electronic communication. I agree that my attending doctor may receive and use all necessary information from my patient documentation, i.e. information about my condition at the time of consultation, or treatment, the history of an illness, the diagnosis, the course of the illness and the type and scope of the advisory, diagnostic or therapeutic services including the application of medicinal specialties. The electronic transmission of my lab results takes place with the help of service providers such as Internet providers and e-mail providers. We have made the legally required agreements and security precautions with the service providers to ensure an appropriate level of data protection. This consent can be revoked at any time. The revocation does not affect the validity of the data already transmitted until the revocation. The legality of the processing of my data remains unaffected by this until the revocation is received.

IHR LABOR