



DR. SUSANNE  
**KOLBITSCH**

FACHÄRZTIN FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN UND ALLGEMEINE REHABILITATION

Kirchenplatz 6, 1230 Wien  
Tel.: 01/888 42 86, [info@dr-kolbitsch.at](mailto:info@dr-kolbitsch.at), [www.dr-kolbitsch.at](http://www.dr-kolbitsch.at)

## Einwilligungserklärung

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte, medizinische Einrichtungen und den Krankenversicherungsträger.

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte, medizinische Einrichtungen und meinen Krankenversicherungsträger übermitteln darf. Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält oder selbst Befundberichte an diese verschickt.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

.....  
Datum

.....  
Name

.....  
Unterschrift

NÄHER AM MENSCHEN.