Bevollmächtigung

für die Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten

Ich stimme als PatientIn zu, dass die/der unten benannte Bevollmächtigte bis auf Widerruf Informationen, Befunden und Rezepte von meinem behandelnden Arzt oder Therapeut/meiner behandelnden Ärztin oder Therapeutin ausgehändigt erhalten darf.

PatientIn: _____ *Vers. Nr.:* Geb. Datum.:

Bevollmächtigter:_____Geb.Datum:_____

Ihre Rechte:

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt werden sind, wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten.

Kontaktdaten Datenschutzbeauftragte:

Herr Ing. Michael Traunau (DataReporter GmbH)
E: office@datareporter.eu
T: +43 7243 52244

_____ _____

Datum Unterschrift