



Datenschutzerklärung

mit Herrn/Frau _____

Ich stimme bis auf Widerruf zu, dass **persönlichen Daten** von mir oder meinem Kind (Name, Adresse, Telefonnummer, Email-Adresse) zum Zweck der Datenverarbeitung, Kontaktaufnahme (Termine) und Zusendung von Informationen gespeichert werden.

Gesundheitsbezogenen Daten von mir oder meinem Kind (Informationen über Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arzneispezialitäten) werden ausschließlich an Gesundheitseinrichtungen (andere Ärzte, Labor, Krankenanstalten) weitergegeben.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Graz, am _____

Unterschrift Patient/in oder
Erziehungsberechtigte/r