



### **Bevollmächtigung zur Abholung von ärztlichen Befunden und Rezepten**

Ich, die unterzeichnende Patientin / der unterzeichnende Patient, erteile hiermit die Zustimmung, dass die nachstehend genannte Person bis auf Widerruf berechtigt ist, in meinem Namen ärztliche Befunde, Rezepte und medizinische Informationen von meiner behandelnden Ärztin / meinem behandelnden Arzt oder Therapeutin / Therapeuten entgegenzunehmen.

Diese Bevollmächtigung ist freiwillig und gilt ausschließlich für die Entgegennahme der genannten Unterlagen und Informationen und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

**Patient/in:** \_\_\_\_\_

**Sozialversicherungsnummer (SV-Nr.):** \_\_\_\_\_

**Bevollmächtigte/r:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum der bevollmächtigten Person:** \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen dieser Einwilligung ausschließlich für den oben definierten Zweck. Da auch wir diese Daten digitalisiert weiterverarbeiten, bedienen wir uns professionellen IT-Dienstleistern. Wir verarbeiten Ihre Daten bis zum Widerruf der Einwilligung. Ein Widerruf betrifft ausschließlich die zukünftigen Verarbeitungen. 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 unsere Datenschutzbeauftragte. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie auch das Recht haben, sich bei der Datenschutzbehörde zu beschweren.

#### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**

Ing. Mag. Jürgen Hütsteiner über pribizz consulting GmbH, jh@pribizz.at

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die/der Bevollmächtigte mit dieser Datenverarbeitung einverstanden ist.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient/in:** \_\_\_\_\_