

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sie haben im BKH Lienz um eine Befundübermittlung per Fax angesucht. Da uns derzeit keine ausdrückliche Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten zur Befundübermittlung vorliegt, sind wir nicht berechtigt, die angeforderten Daten zu übermitteln.

Um den rechtlichen Bestimmungen des Datenschutzes (DSGVO) und des Gesundheitstelematikgesetzes zu entsprechen, ersuchen wir Sie daher, dieses Formular vollständig ausgefüllt an das BKH Lienz zu übermitteln.

Fax-Nummer: 04852/606 - _____

In meiner Funktion als einweisender/weiterbehandelnder Arzt, zuständiger Hausarzt bzw. Apotheker ersuche ich mit ausdrücklichem Einverständnis der Patientin / des Patienten um Übermittlung des unten angeführten Befundes per Fax.

Angaben zur Patientin / zum Patienten:

Nachname / Vorname:	
Geburtsdatum:	
SV-Nummer:	
Was wird angefordert? (evtl. mit Datum, falls bekannt)	
ggf. Patienten-Einwilligung durch Unterschrift:	

Angaben zur anfordernden Stelle:

Nachname / Vorname / Titel:	
Institution / Funktion:	
Adresse:	
Fax-Nr.:	
Datum:	
Stempel / Unterschrift:	