

## Einwilligungserklärung

Aufnahmezahl:

Vor- und Zuname PatientIn:

Geburtsdatum:

Krankengeschichten unterliegen dem Datenschutz. Zudem bestehen Verschwiegenheitsverpflichtungen aufgrund des NÖ KAG sowie des ÄrzteG und des GuKG. Einsicht in Dokumente oder die Erteilung von Auskünften über (personenbezogene) Gesundheitsdaten - sind lediglich dann gestattet, wenn betroffene Patienten damit einverstanden sind oder wenn sie von einer besonderen gesetzlichen Ermächtigung gedeckt sind.

Für die Bearbeitung von Patientenbeschwerden sind alle Behandlungsunterlagen erforderlich.

Daher ermächtige ich hiermit die Ombudsstelle des Universitätsklinikum Krems zur Einsichtnahme in meine Krankengeschichte und zur Einholung aller für die Erledigung meiner Beschwerde erforderlichen Stellungnahmen innerhalb des Universitätsklinikum Krems. Zu diesem Zweck entbinde ich das betreffende Krankenhauspersonal von seiner Verschwiegenheitspflicht.

Eine Verarbeitung meiner Patienten-Daten erfolgt nur soweit, als dies für die konkrete Erledigung der Beschwerde notwendig ist.

### WIDERRUF DER EINWILLIGUNG

Die vorstehend abgegebene Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Ombudsstelle des Universitätsklinikum Krems widerrufen werden (Universitätsklinikum Krems, Mitterweg 10, 3500 Krems, E-Mail: [ombudsstelle@krems.lknoe.at](mailto:ombudsstelle@krems.lknoe.at), Fax: +43 2732 9004-5989. Aufgrund eines solchen Widerrufs ist jede weitere Verwendung meiner persönlichen Daten (soweit noch vorhanden) zum Zweck der Qualitätssicherung/Beschwerdebearbeitung für die von dieser Einwilligung umfassten Vorgänge untersagt. Ein allfälliger Widerruf hat zur Folge, dass Ihre Beschwerde auch nicht weiter verfolgt werden kann

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der/des PatientIn

Dieses Ermächtigungsformular ist nur in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis gültig.