

**Zustimmung zur Übermittlung von personenbezogenen Daten
Schlaflabor Pavillon Leopold, 2. Stock**

Stand
08/2022

Ich, _____ (Name)

bin einverstanden, dass (soweit notwendig) an

✓ Firmen für Respiratoren/Sauerstofftherapie (Medizintechnik)
sowie an den/die

✓ zuweisende*n Ärzt*in bzw Station/Abteilung/Spital

folgende Daten über mich übermittelt werden:¹

- Vorname/Nachname
- Soz.Versicherungsnummer
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefonnummer
- Schlaflaborreport/Brief bzw ho erhobene/r Befund/e

Die Übermittlung der Daten erfolgt wiederkehrend zu folgendem Zweck:

Verordnung bzw. Weiterverordnung von notwendigen (indizierten) Therapien

Diese Zustimmung kann ich schriftlich ohne Begründung jederzeit widerrufen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

¹ Taxative Aufzählung der Datenanwendung und Datenarten