



**die ordination**

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ И ОБРАБОТКА НА ЛИЧНИ ДАННИ

### Прехвърляне на данни за пациенти на други лекари или медицински институции

Декларирам, че съм съгласен/на д-р. Надежда Анастасова, като мой лекуващ лекар, да предоставя личните ми данни (номер на социално осигуряване, дата на раждане, адрес, диагноза и свързана информация) на други лекари или лечебни заведения, по-специално с цел поставяне на диагноза.

Декларирам, че съм съгласен/на, моят лекуващ лекар, д-р. Надежда Анастасова, да получава доклад относно резултатите от медицинските изследвания или прегледи, извършени с направление от други лекари или лечебни заведения.

При вземане на кръв в кабинета на д-р. Надежда Анастасова, се съгласявам с преpraщането на необходимите лични данни за обработката на моите кръвни проби към външна лаборатория - 1220 Wien, Dr. G.Greiner, Wagramerstr. 144, както и, при необходимост, до други лаборатории.

### Декларация за съгласие за предоставяне на лични данни по имейл.

Декларирам, че съм съгласен/на д-р. Надежда Анастасова, като мой лекуващ лекар, да изпраща лични данни, както и цялата документация от медицинския ми картон (например информация за състоянието ми, история на заболяването, диагноза, ход на заболяването, вида и степента на консултативните, диагностичните или терапевтичните услуги, включително използването на медикаменти) на следния имейл адрес:

Наясно съм, че чрез предоставяне на данни (неоторизирани) трети страни могат да получат информация за тези данни и те да бъдат променени. Наясно съм, че това може да доведе до разкриване на здравословното ми състояние.)

- Това съгласие може да бъде оттеглено изцяло или частично по всяко време.
- Законността на предоставяне на моите данни, преди оттеглянето на моето съгласие, остава незасегната.

Виена, .....

.....  
(Име)

...../...../.....  
(Дата на раждане)

.....  
(Подпис)