**Einverständniserklärung zur Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht**

**Name des Patienten:**

.....................................................................................................................................................................................

**Sozialversicherungsnummer:**

.....................................................................................................................................................................................

**Name der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes:**

.....................................................................................................................................................................................

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt bis auf Widerruf sämtliche Informationen aus meiner Patien­tendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behand­lung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Arznei­spezialitäten) an die Österreichische Gesundheitskassekasse (ÖGK), Abteilung Behandlungsökonomie, mittels verschlüsseltem Kontakt-Formular senden darf. Zweck dieses Datentransfers und dieser Datenver­arbeitung ist ausschließlich eine Beratung durch medizinisches Fachpersonal hinsichtlich klinisch-pharma­zeutischer Gesichtspunkte für den behandelnden Arzt.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt im Anschluss an diese Beratung die resultierenden Maßnahmen und Adaptierungen meiner Therapie an die ÖGK rückmelden kann und dass zu internen Evaluierungszwecken meine Medikationsdaten gesammelt und anonymisiert ausgewertet werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum:

..................................................................................................................

Unterschrift:

..................................................................................................................