



**Einverständniserklärung zur Abholung von medizinisch relevanter Dokumente**

Hiermit genehmige ich die Bevollmächtigung von folgenden Personen oder Dienstleistern, medizinisch relevante Dokumente (z.B., Rezepte, Überweisungen, etc.) in meinem Namen abzuholen.

Name:.....

Name:.....

**Einverständniserklärung für die Zusendung von E-Mails**

Ich gestatte Dr. Shahzada Amir, meinen behandelnden Arzt in Wien, meine medizinischen Daten und Informationen aus meiner Patientenakte per E-Mail an .....@.....weiterzugeben. Dies umfasst meinen Gesundheitszustand, Diagnosen, Krankheitsverlauf und Behandlungsdetails, einschließlich Arzneimitteln.

Mir ist bewusst, dass unbefugte Dritte möglicherweise auf diese Informationen zugreifen und sie ändern könnten.

Ich erteile diese Zustimmung freiwillig. Ich bin mir bewusst, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten