

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
according to EU General Data Protection Regulation (GDPR)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG
nach EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

(In accordance with Art. 6 sect. 1a) through d) GDPR, Art. 9 sect.2a),c),f), h) GDPR ICW§ 22 sect. 1 Nbr. 1b) BDSG new version sect.3, sect.4
GDPR ICW§ 17c sect.5 KHG)
(Nach Art.6 Abs.1a) bis d) DSGVO, Art. 9 Abs.2a),c),f), h) DSGVO i.V.m. § 22 Abs 1 Nr. 1b) BDSG n.F. Abs. 3 Abs. 4 DSGVO i.V.m. § 17c Abs. 5
KHG)

I hereby authorize, _____,
Hiermit autorisiere ich, _____ Name _____ Birthday _____

The Praxisklinik für Anästhesie Im Sonnenhaus , Kapuzinerstr. 25A, 92665 Altenstadt/WN

for the purpose of on-going care and medical management, claims processing and any post-payment reviews, the release – to the required extend – of my medical information (c.f. Art.4 Nbr. 15 GDPR) and other personal data (c.f. Art.4 Nbr.1 GDPR, i.e. insurance information) to

zum Zweck der weiteren medizinischen Behandlung und Betreuung, Abrechnung und späterer Rechnungsprüfungen meine medizinischen Gesundheitsdaten (vgl.Art.4 Nr. 15 DSGVO) und sonstige personenbezogenen Daten (vgl.Art.4Nr. 1DSGVO,z.B. Versicherungsinformationen) im erforderlichem Umfang weiterzugeben an

International SOS and the TOPClaims Processor, Wisconsin Physician Services (WPS) Insurance Corporation as well as local U.S. Military Treatment Facility (MTF) or MTF where I am enrolled (If any)

lokale U.S. Militärklinik (MTF) oder MTF in die ich als Patient eingebunden bin

SIGNATURE and DATE

Unterschrift und Datum

Patient/Authorized Person

Patient oder Vertreter

I understand that:

- This authorization is voluntary.
- I have the right to revoke this authorization at any time. In case of my revocation, no further exchange of medical information will happen between the medical provider named above and international SOS and/or the MTF. This revocation must be addressed to the hospital's or medical facility's owner. My revocation is only applicable from the moment that I am issuing it. I know it does not apply retroactively. I am aware that the processing of my medical information up until that moment remains lawful.
- I have a right to inspect and receive a copy of my own protected health information to be used or disclosed.

Ich verstehe, dass:

- Diese Einwilligung freiwillig ist.
- Ich das Recht habe, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Im Falle meines Widerrufs findet keine weitere Übermittlung meiner Gesundheitsdaten zwischen dem oben genannten medizinischen Leistungserbringer und International SOS und/oder die U.S. Health Clinis (MTF) statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger oder Träger des medizinischen Leistungserbringers zu richten. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich dies ausspreche. Ich weiß, dass er keine Rückwirkung hat. Mir ist bekannt, dass die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig bleibt.
- Ich habe das Recht, eine Kopie meiner zur Nutzung und Weitergabe bestimmten geschützten Gesundheitsinformationen einzusehen und zu erhalten.

Note: If the patient is incapable of signing this authorization on themselves, or und the age of 18, their legal or authorized representative (the parent/s entitled to custody or guardian, and for adults the person in charge or designee) has to sign on behalf to the patient.

Hinweis: Sollte der Patient nicht selbst in der Lage sein, seine Einwilligung zu unterschreiben oder unter 18 Jahre alt sein, so muss dessen rechtmäßiger oder autorisierter Vertreter (der/die sorgeberechtigte(n) Elternteil(e) oder Vormund, bei Volljährigkeit der Betreuer oder der vom Patienten Bevollmächtigte) im Namen des Patienten unterschreiben.