

Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

<p>Name, Vorname Nom, Prénom Cognome, Nome Name, First name</p> <input type="text"/>	<p>Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth</p> <input type="text"/>	<p>Geschlecht Sexe Sesso Gender</p> <p>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p>
<p>Ledigname Nom de jeune fille Cognome da nubile Maiden name</p> <input type="text"/>	<p>Zivilstand Etat-civil Stato civile Marital Status</p> <input type="text"/>	
<p>Adresse Adresse Indirizzo Address</p> <input type="text"/>	<p>Tel. privat Tél. privé Tel. privato Private phone</p> <input type="text"/>	
<p>PLZ, Wohnort NPA, Localité NPA, Località Zip code, City</p> <input type="text"/>	<p>Mobile</p> <input type="text"/>	
<p>Nationalität Nationalité Nazionalità Nationality</p> <input type="text"/>	<p>Tel. Geschäft Tél. professionnel Tel. ufficio Professional phone</p> <input type="text"/>	
<p>Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber Profession, Employeur Professione, Datore di lavoro Occupation, Employer</p> <input type="text"/>	<p>E-Mail</p> <input type="text"/>	
<p>Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt Médecin traitant Medico curante Referring / family physician</p> <input type="text"/>	<p>AHV-Nr. N° AVS No AVS AVS no.</p> <input type="text"/>	
<p>Krankenkasse / Versicherung Caisse maladie / Assurance Cassa malati / Assicurazione Health insurance company</p> <input type="text"/>	<p>Versichertenkarten-Nr. N° de carte d'assuré-e No tessera d'assicuratio Insurance card no.</p> <input type="text"/>	
<p>Zusatzversicherung Assurance complémentaire Assicurazione complementare Supplementary insurance</p> <input type="text"/>		
<p>Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse) Adresse de facturation (si différente de l'adresse) Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo) Billing address (if not identical to address)</p> <input type="text"/>		
<p>Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.) Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.) Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.) Person to be notified, if necessary (name, phone)</p> <input type="text"/>		

Vertretung | Représentation | Rappresentanza | Representation

Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Personalien | À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus | Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra | Please fill in if given and not identical with above personal data

<p><input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter Représentant légal Rappresentante legale Legal representative</p>	<p><input type="checkbox"/> Vormund / Beistand Tuteur / curateur Tutore / Avvocato Guardian / Advocate</p>
<p><input type="checkbox"/> Vollmacht Procuration Procura Power of attorney</p>	<p><input type="checkbox"/> Eltern Parents Genitori Parents</p>
<p>Institution Institution Istituzione Institution</p> <input type="text"/>	
<p>Vorname Prénom Nome First name</p> <input type="text"/>	<p>Name Nom Cognome Name</p> <input type="text"/>
<p>Adresse Adresse Indirizzo Address</p> <input type="text"/>	<p>PLZ, Wohnort NPA, Localité NPA, Località Zip code, City</p> <input type="text"/>
<p>Mobile</p> <input type="text"/>	<p>E-Mail</p> <input type="text"/>

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen / Patienten voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, sind Sie gehalten, die nachfolgende Einwilligung auf der Rückseite mittels Unterschrift zu bestätigen.

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die Ärztin / den Arzt oder die Therapeutin / den Therapeuten sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Labordaten	Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Praxisintern sowie Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Ärztelkassen Genossenschaft und von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie gewählte Software- oder Praxisinformations- Anbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie IT-Entwicklung und für Bonitätsprüfungen
Behandlungs- und Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztegesellschaften	Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen / Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung.	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Weitergabe Daten

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt oder meiner Therapeutin / meinem Therapeuten und mir als Patientin / Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen. Auch hinsichtlich der Verwendung von QR Codes und für Rezepte oder Arztzeugnisse mit digitaler oder elektronischer Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis. Grundsätzlich werden meine Daten von der Ärztekasse für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung können meine Personendaten an die Inkasso Med AG / Intrum AG weitergeleitet und können dort gespeichert werden.

auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse). Zur Vereinfachung erfolgt die Mitteilung zur Rechnungskopie (nur im Tiers Payant) auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse, wobei der Name meiner Ärztin / meines Arztes, meiner Therapeutin / meines Therapeuten bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird. Ich bin daher einverstanden, dass solche Kopien sowie auch administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen über meine angegebene E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Rechnungsverarbeitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung

Zahlungsverzug

Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringende kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungsverzugs. Details zu den Gebühren bei Zahlungsverzug finden sich unter folgendem Link: www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. Praxis. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht.

Datum | Date | Data | Date

Unterschrift | Signature | Firma | Signature