

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 pseudo-anonymisierte 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.

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

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.

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

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Einwilligungspflichtige Datenverarbeitung

Ihr Einverständnis gilt gegenüber der Praxis und deren Ärztinnen, Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie dem medizinischen Personal (als Verantwortliche), als auch gegenüber den vorgenannten Empfängern. Sie gilt zudem als ausdrückliche Einbindung vom Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB, soweit es für den Zweck der Tätigkeit notwendig ist. Ihre Einwilligung erfolgt für den gesamten Umgang mit den Personendaten, unabhängig von den angewandten Mitteln und Verfahren, insbesondere das Beschaffen, Speichern, Aufbewahren, Verwenden, Verändern, Bekanntgeben, Archivieren, Löschen oder Vernichten von Daten.

Verantwortlichkeiten

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Praxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder Ihre Therapeutin/Ihren Therapeuten.

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung

Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievor schläge und Befunde.

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen

Grundsätzlich erfolgt die Datenverarbeitung gestützt auf den gesetzlichen Grund der Dokumentation der Krankengeschichte sowie der Aufbewahrungspflicht und der Rechnungsstellung inkl. dem Inkasso. Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z. B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird grundsätzlich während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie vorbehaltlich anderer Abreden vernichtet. Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z. B. Labore, andere Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten).

Widerruf Ihrer Einwilligung

Gesetzlich sind die Ärzteschaft und Therapierenden verpflichtet, Ihre Daten und Ihre Krankengeschichte aufzubewahren. Ein allfälliger Widerruf Ihrer Einwilligung zur Datenbearbeitung steht dieser gesetzlichen Pflicht entgegen. Das gilt auch für die Datenverarbeiter, wie sie vorstehend unter den Empfängern erwähnt sind. Das bedeutet, dass die Bearbeitung der Personendaten im Rahmen der medizinischen Behandlung und Therapie auch gesetzlich vorgesehen ist (MedBG, KVG und kantonale Gesundheitsgesetze), wobei die Verantwortlichen mit den Empfängern als angeschlossenen Hilfspersonen auch gesetzlich zur Geheimhaltung verpflichtet sind (Art. 62 DSGVO und Art. 321 StGB). Für die Weitergabe von anonymisierten Daten gilt Art. 31 lit. e DSGVO uneingeschränkt. Sollten Sie eine bereits erteilte Einwilligung ganz oder teilweise dennoch widerrufen wollen, hätte das schriftlich zu erfolgen. Falls die Datenbearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, würde die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe

Sie haben das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

Berichtigung Ihrer Angaben

Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.