

Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

Name | Nom | Cognome | Name

Vorname | Prénom | Nome | Firstname

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

Geschlecht | Sexe
Sesso | Gender

F M

PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località | Zip code, City

Mobile / Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato | Private phone

Krankenkasse / Versicherung | Caisse maladie / Assurance
Cassa malati / Assicurazione | Health insurance company

E-Mail

Versichertenkarten-Nr. | Nº decarte d'assurée
Notessera d'assicurazione | Insurance card no.

AHV-Nr. | Nº AVS | No AVS | AVS no.

Hausärztin/-arzt Médecin traitant | Medico curante | family physician

Zuweisende/r Ärztin / Arzt Médecin traitant | Medico curante
Referring physician

Beruf | Profession | Professione, | Occupation

Versicherungsstatus

Allgemein Halbprivat Privat

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)

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

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

Mein Arzt / meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich bei (vor-)behandelnden Medizinalpersonen zur Einsicht einzufordern, sowie medizinische Ergebnisse und Berichte an nach- und weiterbehandelnde Medizinalpersonen zuzustellen. In diesem Umfang entbinde ich die involvierten Medizinalpersonen vom ärztlichen Berufsgeheimnis.

Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht. Auf Wunsch wird dies in der Praxis ausgehändigt.

Datum | Date | Data | Date

Unterschrift | Signature | Firma | Signature



Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch den Arzt / die Ärztin 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 Ärzte, Therapeuten, Medizinalpersonen, Spitäler	Medizinische Abklärungen und Analysen
Befunddaten	Patientendaten mit Untersuchungsbefunden	Weitere Ärzte, Therapeuten, Spitäler, Medizinalpersonen und Gesundheitseinrichtungen, Apotheken (eRezept), Versicherer	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung und Behandlung, Leistungsüberprüfung, Einholen von Kostengutsprachen
Patientendaten	Patientendokumentation (Krankengeschichte)	Weitere Ärzte, Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation, Rechnungstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungstellung, MediData, Trust Center, Versicherer	Bearbeitung zur Rechnungstellung, Leistungsüberprüfung
Rechnungstellung, Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsbearbeitung	MediData und ggf. von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie Software- oder Praxisinformations-Anbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben, IT-Entwicklung sowie für Bonitätsprüfungen und Inkasso
Behandlungs- und Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztegesellschaften	Gesetzliche Meldepflichten, Tarifverhandlungen, Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Datenbearbeitung

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 meinem Arzt/ meiner Ärztin und mir als Patient / Patientin über die auf der Vorderseite angegebenen Kontaktinformationen. Dies 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.

Ich bin damit einverstanden, dass die Arztpraxis die für die Versicherungsdeckung, Kostengutsprache und Rechnungstellung erforderlichen Daten bei der Krankenkasse (u.a. mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren) abfragen darf.

Grundsätzlich werden meine Daten vom IT-Dienstleister der Arztpraxis sowie der MediData für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. In Ausnahmefällen können meine Personendaten zum Zwecke des Inkassos oder der Bonitätsprüfung an einen Inkassopartner weitergeleitet und dort gespeichert werden.

Rechnungstellung / Rechnungsbearbeitung

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 Rechnungstellung elektronisch im System Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse) oder allenfalls auf Papier Zur Vereinfachung erfolgt die Mitteilung zur Rechnungskopie (nur im System Tiers Payant) auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse, wobei die Arztpraxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird.

Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass administrative Anliegen wie z.B. Terminverschiebungen über meine angegebene E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) unverschlüsselt erfolgen. Arztdokumente, Befundberichte etc. werden nur über gesicherte Kommunikationswege (HIN Mail Global) versandt.

In Notfällen darf der Arzt / die Ärztin meinen umseitig erwähnten Notfallkontakt oder Vertreter informieren. In gesetzlich vorgesehenen Fällen erfolgt die Behandlung in Absprache mit der vertretungsberechtigten Person gemäss Patientenverfügung oder gemäss Art. 378 ZGB.

Zahlungsverzug

Komme ich meiner Zahlungspflicht innerhalb der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beziehen. Ich entbinde in diesem Fall die behandelnde Medizinalperson vom ärztlichen Berufsgeheimnis gegenüber Inkassopartnern, Rechtsanwälten, Betreibungsämtern und Gerichten und trage die Kosten des Zahlungsverzugs.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform bearbeitet und übermittelt werden dürfen. Ich nehme 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 Bearbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Ein allfälliger Löschungsantrag führt grundsätzlich nicht zur Löschung, da die behandelnde Medizinalperson bzw. Arztpraxis gesetzlich verpflichtet ist, meine Daten aufzubewahren (MedBG, KVG, kantonales Gesundheitsgesetz).

