



Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

Kind: Familienname

Enfant: Nom de famille | Child: Family name

Kind: Vorname | Enfant: Prénom | Child: First name

Adresse: Strasse | Adresse: Rue | Address: Street

Mutter: Vorname, Name | Mère: Prenom, nom | Mother: First name, name

Mutter: Ledigname | Mère: Nom de jeune fille | Mother: Maiden name

Mutter: Beruf | Mère: Profession | Mother: Occupation

Mutter: Telefon | Mère: Téléphone | Mother: Phone

Mutter: E-mail | Mère: E-mail | Mother: E-mail

Mutter: Geburtsdatum

Mère: Date de naissance | Mother: Date of birth

Kind: Geburtsdatum

Enfant: Date de naissance | Child: Date of birth

Geschlecht

Sexe | Gender

F M

Kind: Nationalität | Enfant: Nationalité | Child: Nationality

PLZ, Wohnort | NPA, localité | Zip code, city

Vater: Vorname, Name | Père: Prenom, nom | Father: First name, name

Eltern: Zivilstand | Parents: Etat-civil | Parents: Marital status

Vater: Beruf | Père: Profession | Father: Occupation

Vater: Telefon | Père: Téléphone | Father: Phone

Vater: E-mail | Père: E-mail | Father: E-mail

Vater: Geburtsdatum

Père: Date de naissance | Father: Date of birth

Kind: Krankenkasse & Versichertenkarten-Nr. | Enfant: Caisse maladie & N° de carte d'assuré(e) | Child: Health insurance company & insurance card no.

Kind: AHV-Nr. | Enfant: N° AVS | Child: AVS no.

Bemerkungen | Notes | Comments

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

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

Bitte wenden





Ich bestätige/ wir bestätigen ausdrücklich, dass ich/ wir mit der Bearbeitung unserer Daten, den Zugriffen auf diese durch die Ärztin/ den Arzt sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin/ sind:

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Labordaten	Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere ÄrztInnen, TherapeutInnen, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analysen
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere ÄrztInnen, TherapeutInnen, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Praxisintern, weitere ÄrztInnen, TherapeutInnen, Apotheken (inkl. eRezept), Dienstleister im Rechnungs- und Dokumentationswesen	Dokumentation und 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 Rechnungsverarbeitung	Ärztelkasse Genossenschaft und InkassoMed AG-Inkassostelle sowie Software- oder Praxisinformationsanbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie IT-Entwicklung und für Bonitätsprüfungen
Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztesellschaften	Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen, Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung.	Buchhaltung und Abrechnungs-dienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Weitergabe Daten

Ich bin mir/ wir sind uns möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie unserer Rechte bewusst und gebe mein/ geben unser Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen unserer Ärztin / unserem Arzt und uns (mir) als Eltern(teil) aufgrund der 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/ erklären wir mein/ unser Einverständnis. Grundsätzlich werden unsere Daten von der Ärztekasse für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung können Personendaten an die InkassoMed AG / Intrum AG weitergeleitet und dort gespeichert werden.

Rechnungsverarbeitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich akzeptiere/ wir akzeptieren mit der Unterzeichnung dieses Formulars die Rechnungs-

stellung elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse). Zur Vereinfachung erfolgt die Mitteilung zur Rechnungskopie im Tiers Payant auf die von mir/ uns angegebene E-Mail-Adresse, wobei der Name unserer Ärztin / unseres Arztes bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir/ uns 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 dürfen.

Zahlungsverzug

Komme ich/ kommen wir meiner/ unserer Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich/ verzichten wir auf einen begründeten Einwand, so gerate ich/ geraten wir mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringende kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage/ wir tragen 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 /willigen wir mit meiner/ unseren Unterschrift(en) ein, dass unsere Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich/ nehmen wir zur Kenntnis, dass meine/ unsere 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/ unser Löschantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, unsere Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung unserer Daten bei unserer behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. Praxis. Gleichzeitig entbinde ich/ entbinden wir unsere behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Ich wurde/ wir wurden informiert, dass mir/ uns das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht (multilingual):



Datum | Date | Date

Unterschrift(en) | Signature(s) | Signature(s)