

# Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

<p><b>Name, Vorname</b>   Nom, Prénom   Cognome, Nome   Name, First name</p> <input type="text"/> <p><b>Ledigname</b>   Nom de jeune fille   Cognome da nubile   Maiden name</p> <input type="text"/> <p><b>Adresse</b>   Adresse   Indirizzo   Address</p> <input type="text"/> <p><b>PLZ, Wohnort</b>   NPA, Localité   NPA, Località   Zip code, City</p> <input type="text"/> <p><b>Nationalität</b>   Nationalité   Nazionalità   Nationality</p> <input type="text"/> <p><b>Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber</b>   Profession, Employeur Professione, Datore di lavoro   Occupation, Employer</p> <input type="text"/> <p><b>Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt</b>   Médecin traitant Medico curante   Referring / family physician</p> <input type="text"/> <p><b>Krankenkasse / Versicherung</b>   Caisse maladie / Assurance Cassa malati / Assicurazione   Health insurance company</p> <input type="text"/> <p><b>Zusatzversicherung</b>   Assurance complémentaire   Assicurazione complementare   Supplementary insurance</p> <input type="text"/> <p><b>Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)</b>   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><b>Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)</b>   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"/>	<p><b>Geburtsdatum</b>   Date de naissance Data di nascita   Date of Birth</p> <input type="text"/> <p><b>Zivilstand</b>   Etat-civil   Stato civile   Marital Status</p> <input type="text"/> <p><b>Tel. privat</b>   Tél. privé   Tel. privato   Private phone</p> <input type="text"/> <p><b>Mobile</b></p> <input type="text"/> <p><b>Tel. Geschäft</b>   Tél. professionnel   Tel. ufficio   Professional phone</p> <input type="text"/> <p><b>E-Mail</b></p> <input type="text"/> <p><b>AHV-Nr.</b>   N° AVS   No AVS   AVS no.</p> <input type="text"/> <p><b>Versichertenkarten-Nr.</b>   N° de carte d'assuré-e No tessera d'assicuratio   Insurance card no.</p> <input type="text"/> <p><b>Geschlecht</b>   Sexe Sesso   Gender</p> <p>F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></p>
---	---

## 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"/> <b>Gesetzlicher Vertreter</b>   Représentant légal Rappresentante legale   Legal representative</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vollmacht</b>   Procuration   Procura   Power of attorney</p> <p><b>Institution</b>   Institution   Istituzione   Institution</p> <input type="text"/> <p><b>Vorname</b>   Prénom   Nome   First name</p> <input type="text"/> <p><b>Adresse</b>   Adresse   Indirizzo   Address</p> <input type="text"/> <p><b>Mobile</b></p> <input type="text"/>	<p><input type="checkbox"/> <b>Vormund / Beistand</b>   Tuteur / curateur Tutore / Avvocato   Guardian / Advocate</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Eltern</b>   Parents   Genitori   Parents</p> <p><b>Name</b>   Nom   Cognome   Name</p> <input type="text"/> <p><b>PLZ, Wohnort</b>   NPA, Localité   NPA, Località   Zip code, City</p> <input type="text"/> <p><b>E-Mail</b></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 48 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
<b>Labordaten</b>	Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse
<b>Befunddaten</b>	Untersuchungsbefunde	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
<b>Patientendaten</b>	Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Praxisintern sowie Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation Rechnungsstellung
<b>Stamm- und Behandlungsdaten</b>	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
<b>Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten</b>	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
<b>Behandlungs- und Abrechnungsdaten</b>	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztegesellschaften	Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen / Modellberechnungen
<b>Finanz- und Rechnungsdaten</b>	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 @bluwin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen. **Hinweis Praxis Kälin: Rechnungsstellung nur im Tier Payant.**

**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](http://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