

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur DATENBEARBEITUNG

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Nachname	Vorname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Hausärztin bzw. Hausarzt	Zuweiser
Krankenversicherung	
Spitalbehandlung Allgemein ganze CH <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin bzw. des Patienten)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die in der Praxis autorisierten und beauftragten Personen sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Informationen für Patientinnen und Patienten (Aushang in der Praxis) einverstanden bin. Mein Arzt/meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Daten über mich zur Einsicht anzufordern. Dieses Einverständnis bezieht sich auch explizit auf die Bearbeitung und Weiterleitung meiner Daten durch solche Dritten, wie z.B. externe medizinische Laboratorien, im Sinne dieses Formulars sowie auch allfällige Inkasso beauftragte Institutionen oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die staatlichen Instanzen. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen, z.B. Abfangen des E-Mails durch Dritte, Hacken des E-Mail-Postfachs, Versand an falsche Adressen usw.) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin bzw. meinem Arzt, der Praxis und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Informationen von Patient:innen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege oder verschlüsselt weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass z.B. Rezepte an Apotheken, Anmeldungen, usw. und Informationen von der Praxis an mich, z.B. Befundübermittlung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, usw. und administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie z.B. @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen (Risiken: siehe oben). Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Wir stellen Ihnen die Rechnung direkt zu.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Termine, die nicht spätestens 2 Arbeitstage vorher abgesagt werden, werden zu Ihren Lasten verrechnet. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information bei notwendiger Terminverschiebung.

PATIENTENINFORMATION ZUM UMGANG MIT PERSONENDATEN

Information für Patientinnen und Patienten zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Verantwortlichkeiten

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Arztpraxis. 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 bzw. Ihren Arzt.

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 oder den Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen und Ärzten sowie 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, Therapieempfehlungen und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

Weitergabe der Daten

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrags notwendig 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 Übermittlung an ein externes Laboratorium, zum Zweck der Durchführung von Laboranalysen. In der Regel arbeiten wir diesbezüglich mit der medica AG, Medizinische Laboratorien Dr. Toggenburger AG, Institut f. Histologie u. Zytologische Diagnostik AG Aarau sowie der Genetica AG zusammen. Informationen darüber, wie die jeweiligen Labore Ihre Daten bearbeiten, finden Sie auf den Webseiten der Institute.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte). Ihnen als Patient:in senden wir Terminänderungen, kurzgefasste Ergebnisse von Laboruntersuchungen, usw. per E-Mail. Dabei werden mit Ihrer Einwilligung unverschlüsselte Kommunikationswege genutzt.

Widerruf Ihrer Einwilligung

Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe

Sie haben jederzeit 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.