



<input type="checkbox"/> Hausärztlich		<input type="checkbox"/> Gynäkologisch		<input type="checkbox"/> Notfallbehandlung	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Transfrau <input type="checkbox"/> Transmann				
Familienname					
Ledigname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Strasse, PLZ, Ort					
Beruf / Arbeitgeber					
Tel. Priv. / Mobile					
Telefon Geschäft					
E-Mail					
Bisheriger Hausarzt					
Krankenversicherung					

Gesetzlicher Vertreter oder Notfallkontakt

<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter		<input type="checkbox"/> Notfallkontakt	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers		
Familienname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Strasse, PLZ, Ort			
Tel. Priv. / Mobile			
Telefon Geschäft			
E-Mail			
Ich entbinde meinen Notfallkontakt von der Schweigepflicht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch das GZ-E sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. 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 dem GZ-E und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens des GZ-E ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Die Abrechnung erfolgt elektronisch durch eine Partnerfirma direkt mit der Versicherung und die Kopie der Arztrechnung wird durch eine Partnerfirma via Mail oder Post zugestellt.

Ich ermächtige mein(e) Ärztin/Arzt, medizinische Auskünfte und Akten von anderen Ärzten oder medizinischen Institutionen einzufordern. Mein Notfallkontakt darf bei dringenden Anliegen kontaktiert werden.

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienteninformation 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.

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 behandelnden Ärzte und Gesundheitsfachpersonen im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren 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, Therapievorschläge und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Intervention 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 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 an unser externes Labor / Histologie zwecks weiterer Diagnostik
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an eine Partnerfirma erfolgt zwecks Abrechnung
- 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 berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

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.

Quelle: FMH Version 03/2023