

Patientendatenblatt mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung, sowie Behandlungsvertrag und Abtretungserklärung, abgeschlossen zwischen nachfolgender Person (Patient/in) und den in der Hausarztpraxis Dr. Niemann, bzw. «Gemeinschaftspraxis Escherstrasse», Integramed GmbH, tätigen Ärzten und Ärztinnen.

Name		Vorname		
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> gesch.	Nationalität
Gesetzliche Vertretung (falls gegeben)		<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Beistand		
Strasse und Hausnummer		PLZ und Ort		
Telefon		E-Mail (persönlich)		
Beruf / Arbeitgeber		AHV-Nummer		

Krankenkasse / Versicherung	Versicherten-Nr.
<input type="checkbox"/> Hausarztmodell, Arztwahl eingeschränkt <input type="checkbox"/> Freie Arztwahl <input type="checkbox"/> Selbstzahler	Zusatzversicherung
Bei <u>Spital</u> behandlungen: <input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung <input type="checkbox"/> Halbprivat <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> «Ganze Schweiz»	

Hausarzt / Zuweiser

Gemäss Datenschutzgesetz wird für die Bearbeitung von Gesundheitsdaten die grundsätzliche und ausdrückliche Einwilligung der Patientin, des Patienten vorausgesetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, ist diese/dieser gehalten, die nachfolgenden Hinweise zur Kenntnis zu nehmen und auf der Rückseite mittels Unterschrift zu bestätigen.

Ich erkläre:

Mir ist bekannt, dass die Kosten für bestimmte Leistungen und Medikamente von der Krankenkasse in der Grund- und Zusatzversicherung nicht, oder nur teilweise übernommen werden und dadurch Mehrkosten entstehen können, die von mir selbst zu tragen sind.

Es liegt in meiner Verantwortung, künftige Änderungen meiner Kontaktdaten oder allfällige Versicherungswechsel rechtzeitig der Praxis mitzuteilen.

Versäumte Termine, die von mir nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt werden, können zu meinen Lasten verrechnet werden.

Weiter auf Seite 2 →

Ich ermächtige meine behandelnden Ärzte, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie in meinem Interesse Berichte und Befunde an andere medizinische Einrichtungen wie nachbehandelnde Ärzte oder Spitäler weiterzuleiten.

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 nachfolgenden Empfänger einverstanden bin.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Labordaten	Patientendaten, zusammen mit Befunden: Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Telemedizin, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeuten/innen, Spitäler u. Gesundheitsfachpersonen, Telemedizin, smart-Managed-Care, Gesundheitseinrichtungen, Apotheken, eRezept	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Ärzte/innen, praxisintern, Telemedizin, smart-Managed Care, Therapeuten /innen, Apotheken, Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation 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 weitere Rechnungsverarbeitung	Debitorenmanagement (z.B. H-clearing), von der Praxis gewählte Inkassostelle, Software-, IT-Support und Praxisinformationsanbieter	Abrechnung nach gesetzl. und vertraglichen Vorgaben, sowie IT-Entwicklung und für Bonitätsprüfungen
Behandlungs- und Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztesellschaften	Gesetzl. Eingabepflichten, Tarifverhandlungen / Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der Buchhaltung.	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Weitergabe der 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 / Therapeuten und mir als Patientin / Patient durch die oben von mir angegebenen Kontaktinformationen in unverschlüsselter Form, wenn der Empfänger nicht über eine @hin.ch geschützte Adresse verfügt. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen. Ebenfalls hinsichtlich der Verwendung von QR Codes und für Rezepte oder Arztzeugnisse mit digitaler oder elektronischer Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe. Dies gilt ebenso für von mir selbst autorisierte Abfragen durch Telemediziner oder andere Teilnehmer des sog. „smart-managed-care“ Systems. Grundsätzlich werden meine Daten für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung können meine Personendaten an ein Inkassounternehmen weitergeleitet und dort gespeichert werden.

Rechnungsstellung und Verarbeitung

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 / Arztes, Therapeutin / Therapeuten bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird. Ich bin daher einverstanden, dass solche Rechnungskopien sowie auch administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen, oder von mir gewünschte Berichte/Verordnungen, über meine von mir angegebene E-Mail-Kommunikation (von unserer @hin.ch-Adresse zu nicht @hin-geschützten Empfängeradressen wie @bluewin.ch, @gmail.com, etc.) in unverschlüsselter Form erfolgen. Die rechtzeitige Bekanntgabe von Änderungen meiner Kontaktdaten liegt in meiner Verantwortung.

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.

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.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich sowohl die Richtigkeit der auf Seite 1 gemachten Angaben, als auch die Kenntnisnahme obiger Ausführungen und dass ich diese verstanden habe und mit diesen einverstanden bin. Ich bin darüber informiert, dass mir ein Zusatzdokument «*Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten*» zur Verfügung steht.

Uznach, den _____ Unterschrift: _____