

Anmeldeblatt Ärztegemeinschaft Reussli AG

Name / Name
Cognome / Nom

Vorname / First Name
Prénom Nome

Geburtsdatum / Date of birth
Date de naissance Data di nascita

Geschlecht. weiblich männlich **Zivilstand**
Sex female male Civil status
Sexe féminin masculin Etat civile
Sesso femmina maschio Stato civile _____

Adresse / Adress **Strasse Street** **PLZ** **Ort City**
Adresse Indirizzo Rue Strada Localité Località

Tel Festnetz **Mobile** **E-Mail**

Name/Vorname Erziehungsberechtigte(r) (bei Kindern):
Name of Parent / Nom du tuteur / Nome parente: _____

Krankenversicherung Health insurance
Assurance maladie Assecurazione di malattia _____

Ich bestätige, dass ich die Bearbeitung meiner Daten durch die von der Praxis angestellten Gesundheitsfachpersonen gemäss untenstehender Datenschutzvereinbarung verstanden habe und damit einverstanden bin.

Insbesondere erteile ich der Praxis beziehungsweise den von der Praxis angestellten Gesundheitsfachpersonen die Erlaubnis, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

Datum / Date **Unterschrift / Signature**
Date / Dato _____ Signature Signatura _____

Datenschutzvereinbarung Ärztegemeinschaft Reussli AG

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Praxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzgesetzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Gesundheitsfachperson.

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist und zu den folgend aufgelisteten Zwecken:

Labordaten: Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie / Empfänger: Labore, weitere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler / Zweck: Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse

Befunddaten: Datenbeschreibung: Untersuchungsbefunde / Empfänger: Weitere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler, Gesundheitseinrichtungen, Apotheken / Zweck: Information zur weiteren Abklärung/Behandlung

Patientendaten: Datenbeschreibung: Krankengeschichte / Empfänger: Weitere Gesundheitsfachpersonen, Spitäler, Gesundheitseinrichtungen, Apotheken / Zweck: Dokumentation

Stamm- und Behandlungsdaten: Datenbeschreibung: Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung / Empfänger: Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer, andere Kostenträger / Zweck: Verarbeitung zur Rechnungsstellung

Abrechnungsdaten: Datenbeschreibung: Fakturierung medizinischer Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung / Empfänger: Rechnungsstellende Institution und von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie ausgewählte Software-Anbieter und IT-Support / Zweck: Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben, allfälliges externes Inkasso, damit befasste Rechtsanwälte bei Rechtsfällen und für Bonitätsprüfungen sowie IT-Support

Behandlungs- und Abrechnungsdaten: Datenbeschreibung: Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten / Empfänger: Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztesellschaften / Zweck: Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen, Modellberechnungen

Finanz- und Rechnungsdaten: Datenbeschreibung: Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung / Empfänger: Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister / Zweck: Erstellung Rechnungen und Buchhaltung

Anforderung von medizinischen Akten: Zudem erteile ich den von der Praxis angestellten Gesundheitsfachpersonen die Erlaubnis, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern.

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 Gesundheitsfachperson 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 wie Rezepte oder Arztzeugnisse mit elektronischer Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis. Grundsätzlich werden meine Daten von der Praxis für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert.

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 Gesundheitsfachperson 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-Adresse, letzteres möglicherweise ohne verschlüsselte Kommunikation, erfolgen.

Allgemeines: 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. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich ab diesem Datum von den Angestellten der Praxis nicht mehr behandelt werden kann, da diese eine berufliche Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht haben.

Zudem nehme ich zur Kenntnis, dass ein Löschungsantrag grundsätzlich nicht zur Löschung der bereits erhobenen Daten führt, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschungsantrag 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.