

## Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

**Name, Vorname** | Nom, Prénom | Cognome, Nome | Name, First name

**Ledigname** | Nom de jeune fille | Cognome da nubile | Maiden name

**Adresse** | Adresse | Indirizzo | Address

**PLZ, Wohnort** | NPA, Localité | NPA, Località | Zip code, City

**Nationalität** | Nationalité | Nazionalità | Nationality

**Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber** | Profession, Employeur  
Professione, Datore di lavoro | Occupation, Employer

**Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt** | Médecin traitant  
Medico curante | Referring / family physician

**Krankenkasse / Versicherung / Unfallversicherung** | Caisse maladie / Assurance /  
Assurance accidents | Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione infortuni  
Health insurance / Insurance / Accident insurance

**Versichertenkarten-Nr.** | Nº de carte d'assuré-e  
No tessera d'assicurato | Insurance card no.

**Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)** | Adresse de facturation (si différente de l'adresse)  
Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo) | Billing address (if not identical to address)

**Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)** | 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)

### 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

**Gesetzlicher Vertreter** | Représentant légal  
Rappresentante legale | Legal representative

**Vollmacht** | Procuration | Procura | Power of attorney

**Institution** | Institution | Istituzione | Institution

**Vorname** | Prénom | Nome | First name

**Adresse** | Adresse | Indirizzo | Address

**Mobile**

**Geburtsdatum** | Date de naissance  
Data di nascita | Date of Birth

**Geschlecht** | Sexe  
Sesso | Gender

F  M  D

**Zivilstand** | Etat-civil | Stato civile | Marital Status

**Tel. privat** | Tél. privé | Tel. privato | Private phone

**Mobile**

**Tel. Geschäft** | Tél. professionnel | Tel. ufficio | Professional phone

**E-Mail**

**AHV-Nr.** | Nº AVS | No AVS | AVS no.

**Versicherungsart (MC, Hausarztmodell)** | Type d'assurance (MC, modèle du médecin de famille) | Tipo di assicurazione (MC modello del medico di famiglia)  
Type of insurance (MC, general practitioner model)

**Zusatzversicherung** | Assurance complémentaire  
Assicurazione complementare | Supplementary insurance

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 mittels Unterschrift zu bestätigen.

**Unterschrift** | Signature | Firma | Signature

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die vorgenannte Ärztin/den vorgenannten Arzt oder die Therapeutin/den Therapeuten und in der Praxis sowie mit 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 und Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
<b>Patientendaten</b>	Diagnose- und Behandlungsdaten	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept), Praxisintern und Managed Care Systeme sowie Dienstleister im Abrechnungswesen	Dokumentation, Rechnungsstellung
<b>Stamm- und Behandlungsdaten</b>	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
<b>Rechnungsstellung, Abrechnungs- und Rechnungsdaten</b>	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Ärztekasse 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>	Grundsätzlich 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. Überdies bevollmächtige ich meine behandelnde Ärztin/meinen behandelnden Arzt bzw. Therapeutin/Therapeuten, medizinische Unterlagen und Dokumente über mich bei anderen Ärztinnen und Ärzte sowie Spitätern einzuholen. 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 dort gespeichert werden, wenn dies von der behandelnden Leistungserbringerin/vom behandelnden Leistungserbringer vorgesehen ist.

#### 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 @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

#### 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 beziehen. 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 Löschungsantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, 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. Die Daten werden grundsätzlich 20 Jahre aufbewahrt, ohne ausdrückliche Mitteilung der Patientin/des Patienten können die medizinischen Unterlagen auch länger aufbewahrt werden.

Termine, die vorgängig nicht abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht.

Datum | Date | Data | Date

Unterschrift | Signature | Firma | Signature