

Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

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

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

Krankenkasse | Caisse maladie | Cassa malati | Health insurance

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

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

Festnetz-Tel-Nr. | Numéro de téléphone | Numero di telefono

Kinderärztin/-arzt, Hausärztin/-arzt | Médecin traitant | Medico curante | Referring / family physician

Elternteil 1 | Parent 1 | Genitori 1 | Parent 1

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

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

Mobile

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

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

E-Mail

Beruf | Profession | Professione | Occupation

Elternteil 2 | Parent 2 | Genitori 2 | Parent 2

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

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

Mobile

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

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

E-Mail

Beruf | Profession | Professione | Occupation

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen/ Patienten resp. deren/dessen gesetzliche Vertretung voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligung auf der Rückseite mittels Unterschrift zu bestätigen

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Kinder- und Jugendpraxis am Bollwerk – Bollwerk 21 – 3011 Bern
Dres. med. Sandra Burri, Christine Dahinden, Sora Noti

Ich bestätige **ausdrücklich**, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten / der Daten meines Kindes, den Zugriffen auf diese Daten durch die Ärztin/den Arzt, sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Labordaten	Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse
Befunddaten, Berichte	Untersuchungsbefunde (ggf. inkl. Befunde/Berichte von weiteren Ärztinnen / Ärzten, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept))	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Praxistern sowie 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	Mediport 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
Behandlungs- und Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztegesellschaften	Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen / Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	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 und mir als Patientin / Patient resp. mir als gesetzliche Vertretung durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. 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 Mediport und SiMed Amétiq für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung können meine Personendaten an eine Inkassostelle weitergeleitet und dort gespeichert werden.

Rechnungsverarbeitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten resp. die gesetzlichen Vertreter 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, 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.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten resp. die Daten meines Kindes 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.

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

Ort / Datum

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche Vertretung