

## Persönliche Angaben

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Telefon	Mobil
E-Mail	Beruf
Notfallkontakt (Name und Telefon)	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

## Gesetzliche Vertretung

(Bitte ausfüllen im Falle eines Beistandes, Vormunds, Eltern von Kindern, etc.)

Vorname	Nachname
Institution	
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

## Einwilligung

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Gesundheitsdaten besonders schützenswerte Personendaten darstellen. Ich bin mir der Risiken beim Datenaustausch über unsichere Kommunikationswege (z. B. unbefugte Einsicht durch Dritte) bewusst.

**Behandlungsbezogener Austausch:** Ich willige ein, dass meine behandelnden Fachpersonen meine medizinischen Daten zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung innerhalb der Medvadis sowie mit externen Fachpersonen und Institutionen über gesicherte Kommunikationswege austauschen.

**Administrative Kommunikation:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass administrative Anliegen (z. B. Terminverschiebungen) über unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation an die von mir angegebenen Kontaktadressen erfolgen dürfen.

**Widerrufsrecht:** Diese Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

Ich habe die ausführliche Patienteninformation auf der folgenden Seite zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und stimme den oben genannten Punkten zu.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

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

## **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Medvadis AG Ihre Personendaten bearbeitet (insbesondere 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 oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

### **Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung**

Die Bearbeitung Ihrer Personendaten (Erhebung, Nutzung und Speicherung) erfolgt primär zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie zur Wahrung unserer berechtigten Interessen (insbesondere zur korrekten Abrechnung erbrachter Leistungen). Zudem unterliegen wir gesetzlichen Aufbewahrungs- und Meldepflichten.

Wir erheben diese Daten einerseits direkt im Gespräch mit Ihnen, indem Sie sie uns anderweitig zur Verfügung stellen oder durch Untersuchungen. Andererseits empfangen wir im Rahmen Ihrer Behandlung Berichte und Befunde von Dritten (z. B. Labore, Radiologie/MRI, Zuweisende), sofern Sie uns dazu ermächtigt haben oder eine gesetzliche Grundlage besteht.

### **Dauer der Aufbewahrung**

Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

### **Weitergabe der Daten**

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben oder wenn dies gesetzlich verlangt ist:

- Ihre Rechnung schicken wir im Regelfall direkt an die Krankenkasse. Bei Leistungen zu Lasten des Patienten schicken wir die Rechnung an Sie bzw. bieten eine Zahlung vor Ort an. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Bezahlung vor Ort obligatorisch.
- Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.
- Die datenschutzkonforme Übermittlung an Ihre Unfall-, Kranken- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.

### **Widerruf Ihrer Einwilligung**

Ihre erteilte Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

### **Auskunft, Einsicht und Herausgabe**

Sie haben nach Massgabe des anwendbaren Datenschutzrechts jederzeit das Recht auf Auskunft, Einsicht und Herausgabe Ihrer Patientendaten. Die Auskunft ist grundsätzlich kostenlos. Bei einem ausserordentlich hohen Aufwand kann eine angemessene Kostenbeteiligung verlangt werden, worüber wir Sie vorgängig informieren.

### **Berichtigung Ihrer Angaben**

Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Personendaten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie insbesondere die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Richtigkeit noch die Unrichtigkeit Ihrer Personendaten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.