

# Patientenstammblatt – Persönliche Angaben



PERSÖNLICHE ANGABEN	GESETZLICHE VERTRETUNG
Name:	Name, Vorname:
Vorname:	Strasse:
Strasse:	PLZ / Ort:
PLZ / Ort:	Telefon / Mobile:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Nationalität:	NOTFALLKONTAKT
Telefon:	Name, Vorname:
Mobile:	Strasse:
E-Mail:	PLZ / Ort:
Beruf:	Telefon / Mobile:
Arbeitgeber:	E-Mail:

## PATIENTENVERFÜGUNG / VORSORGEAUFTRAG

Haben Sie ☐ einen Vorsorgeauftrag?  
☐ eine Patientenverfügung?

## KRANKENVERSICHERUNG

Name der Krankenkasse	
VEKA-Nr. (80756...)	
Hausarztmodell	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich erkläre mich hiermit, dass meine Angaben richtig sind und ich die Datenschutzerklärung auf der Rückseite zur Kenntnis genommen habe und damit einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## **Einwilligungserklärung zum Datenschutzgesetz**

### **Rechnungsstellung**

Ihre Rechnung schicken wir direkt an mediserv. Bei Fragen zur Rechnung wenden Sie sich primär an Mediserv (+41 32 560 39 30). Die Rechnungskopie wird automatisch per E-Mail an Sie verschickt. Meiner Ärztin/meinem Arzt ist es erlaubt, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellend als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland oder mit ausländischer Krankenkasse ist eine Barbezahlung obligatorisch.

### **Qualitätsmanagement / Datenschutz**

Wir legen grossen Wert auf eine hohe Betreuungsqualität. Um die medizinische Qualität und Patientensicherheit laufend zu verbessern, lassen wir periodisch und stichprobenmässig Krankengeschichten durch interne und externe Fachpersonen prüfen.

### **Weitergabe der Daten**

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben. Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben. Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten. Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen). Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte). Bei Anfragen durch die Versicherer behalten wir uns vor die betreffenden Einträge aus der Krankengeschichte den Versicherern zukommen zu lassen.

### **Mail**

Ich bin einverstanden, dass die praxismolteni AG mir E-Mails über Befunde, Resultate, etc. zustellen darf, auch wenn dies nicht verschlüsselt erfolgt. Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Förderung einer bestmöglichen Versorgung und Patientensicherheit bei. Werden zu Studienzwecken Daten extern gegeben, so sind diese anonymisiert und es sind keine Rückschlüsse auf Sie möglich. Ihre Daten behandeln wir vertraulich und schützen gegen unberechtigte Zugriffe. Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Website ([www.praxismolteni.ch](http://www.praxismolteni.ch)); die Informationen liegen ausserdem im Wartezimmer auf oder können am Empfang bezogen werden.

### **Ermächtigung**

Meine Ärztin / mein Arzt ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse der/die nachbehandelnde Ärztin/Arzt zuzustellen.

### **Terminabsagen**

Bitte sagen Sie Termine bis spätestens 24 Stunden im Voraus ab, andernfalls kann Ihnen der Termin in Rechnung gestellt werden.

### **Homepage**

Die Datenschutzerklärung bezüglich Homepage finden Sie auf [praxismolteni.ch](http://praxismolteni.ch)

## **Allgemeine Hinweise**

### **Ihre Rechte**

Gestützt auf das Datenschutzgesetz haben Sie verschiedene Rechte. Zur Geltendmachung Ihrer Rechte setzen Sie sich bitte mit der Arztpraxis in Verbindung. Wir stehen Ihnen für weitere diesbezügliche Informationen gerne zur Verfügung.

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

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

### **Recht auf Datenübertragung**

Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

### **Berichtigung Ihrer Angaben**

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

### **Änderungen**

Unsere Arztpraxis kann diese Datenschutzerklärung jederzeit ohne Vorankündigung anpassen. Es gilt die jeweils aktuelle, auf unserer Website publizierte Fassung. Soweit die Datenschutzerklärung Teil eines Vertrages mit Ihnen ist, werden wir Sie im Falle einer Aktualisierung über die Änderung per E-Mail oder auf andere geeignete Weise informieren.

### **Widerruf Ihrer Einwilligung**

Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Vielen Dank!

Ihr Team praxismolteni