

**Patientenformular
Einwilligungserklärung**

NeuroRem Group AG
Zentrum für ambulante Medizin Winterthur
Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie, Winterthur
Praxis für Neurochirurgie, Schlossberg Ärztezentrum Frauenfeld

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
Zivilstand	Nationalität
Tel.	Mobile
E-Mail	
Beruf	Arbeitgeber
Notfall-Kontaktadresse und -Telefon	
Hausärztin/arzt	
Zuweisender Arzt/Ärztin	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
AHV	Veka Nr.
Versicherungsart Spital	<input type="checkbox"/> allg. <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
Unfallversicherung	
Unfalldatum	Schadensnummer
Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Dieses Formular basiert auf Empfehlungen von FMH.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die Ärztin / den Arzt oder die Therapeutin / den Therapeuten sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin.

- Die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept), Dienstleister im Rechnungswesen (inkl. Fakturierung, Mahnung, Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister), gewählte Software oder Praxisinformations-Anbieter und IT-Support
- Die Übermittlung von anonymisierten oder pseudoanonymisierten Daten an den Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztesellschaften.
- Die Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite

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 Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über die gesicherten Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

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). Die Dokumente werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (MediData) an Patienten und Versicherer verschickt. Die elektronische Übermittlung an Patienten erfolgt unter Verwendung der E-Mail-Adresse und Mobilnummer. Sofern der Patient eBill nutzt, kann eine Übermittlung auch über eBill erfolgen. Die elektronisch übermittelten Patientendaten werden von MediData keiner materiellen Prüfung unterzogen. Die Sicherheitsstandards sind analog E-Banking, sodass Daten unterwegs nicht eingesehen werden können.

Zahlungsverzug: Nach dem Ablauf der Fristzahlung kann der Leistungserbringende jederzeit Dritte für das Inkasso beziehen. Die Kosten des Zahlungsverzugs werden von der Patientin/dem Patienten/ gesetzlicher Vertretung übernommen.

Das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» lesen Sie bitte auf der Seite 2.

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 oben genannte ärztliche/medizinische Institutionen (nachfolgend Arztpraxis/Physiotherapie) Ihre Personendaten 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/Physiotherapie. 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 oder Gesundheitsfachpersonen (z.B. Physiotherapeut).

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt oder Gesundheitsfachpersonen. im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde.

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 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.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

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.

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.