

## Einverständniserklärung als Patientin/Patient Dermatologisches Zentrum rappjderm KLG

### 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
Tel.	Tel. Mobil
Hausarzt	Krankenversicherung
E-Mail	
Kontaktperson im Notfall mit Telefonnummer	

### Gesetzliche Vertretung (für Patienten unter 18 Jahren)

Nachname / Vorname der Eltern

Ich ermächtige die behandelnden ÄrztInnen der Praxisgemeinschaft rappjderm medizinische Akten und Informationen, die im Zusammenhang mit meiner Behandlung stehen, von anderen ÄrztInnen im oder ausserhalb der rappjderm Praxis anzufordern. Weiter gebe ich mein Einverständnis, dass meine Daten gemäss Patienteninformation auf der Rückseite an Dritte weitergegeben werden dürfen (Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse/Beurteilung an den nachbehandelnden oder zuweisenden Arzt). Ich stimme im Falle einer Hautkrebsdiagnose einer Weiterleitung meiner Daten an das nationale Krebsregister zu.

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 gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die Rechnungsstellende (Ärztelkassen) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Meine Rechnung darf direkt an die Krankenversicherung (System „tiers payant“) gesandt werden. Eine Rechnungskopie wird mir von der Ärztekasse per E-Mail zugestellt.

Anwendbares Gesetz: Für die Rechtsbeziehung der Parteien und insbesondere für sämtliche Ansprüche im Zusammenhang der Untersuchungen, Behandlungen und jeglichen weiteren Leistungen ist das schweizerische materielle Recht anwendbar.

Gerichtsstand für sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung ist ausschliesslich Jona (Schweiz). Der Arzt / die Ärztin ist berechtigt, nach eigener freier Wahl auch die ordentlichen Gerichte am Sitz des Patienten anzurufen.

**Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, sich 24h vor dem eigentlichen Termin abzumelden anderenfalls werden wir Ihnen CHF 50.00 in Rechnung stellen. Bei Terminen, welche 30 Minuten (z.B. Operationstermin) oder länger dauern, werden Ihnen CHF 150.00 in Rechnung gestellt.**

Ich habe dieses Dokument gelesen, verstanden und akzeptiert. Allfällige Fragen wurden mir verständlich beantwortet.

Ort, Datum Unterschrift

Dr. med. Christian Bull  
Dr. med. Susanne Kristof  
Dr. med. Eva Roffler-Sailer  
Dr. med. Peter Bajaky

Dr. med. Tobias Brandenburg

## Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck rappjderm KLG 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. 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 (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 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 (via Ärztekasse) 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).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, zuweisende Ärztinnen und Ärzte).

**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.