



## Anmeldeformular für Patientinnen und Patienten

### Persönliche Angaben (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname:

Nachname:

Geschlecht m w d

Geburtsdatum:

Strasse und Nr.:

PLZ und Wohnort:

Tel./Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Arbeitgeber:

Notfall-Kontaktadresse und -Telefon:

Zuweisender Arzt/Ärztin:

(Ehemalige/r) Hausärztin/arzt:

Krankenversicherung:

Versicherten-Nr. / Kunden-Nr.:

Wie sind Sie versichert? Allg. Wohnkanton, Allg. ganze CH, HP/P

Versichertenkarten-Nr.: 80756

Versicherungsmodell:

### Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern vorhanden)

Institution:

Vorname:

Nachname:

Strasse und Nr.:

PLZ und Wohnort:

Tel./Mobil:

E-Mail:



Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite wie folgt zustimme:

Ich stimme zu, dass mein(e) Arzt/Ärztin

- bei Dritten Informationen und Unterlagen, die für meine Behandlung relevant sind, einholen darf
- Angaben zur Versicherungsdeckung/Kostengutsprachen bei meinem Krankenversicherer einholen darf
- nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen, die für meine weitere Behandlung notwendigen Informationen und medizinischen Unterlagen weitergeben darf
- meine Daten, soweit sie für die Rechnungstellung und -kontrolle sowie für das Inkasso notwendig sind, an Dritte (Abrechnungsstellen/Trustcenter, Inkassobeauftragte) weitergeben darf. Dies gilt auch bezüglich anonymisierter Daten für die ärzteigene Datensammlung
- die Rechnungskopie (bei Auswahl «per E-Mail») an die oben aufgeführte E-Mail-Adresse auf elektronischem Weg zustellen darf
- meine relevanten Personendaten zur Unterstützung der optimalen Behandlung im Rahmen von Disease Management Programmen (wie z.B. Diabetes Mellitus) in einem separaten System abgelegt und ausgewertet werden dürfen.
- ...
- ...

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 (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Ich wünsche das Abrechnungssystem:  Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant\*)  
 Arztrechnung an mich (Tiers garant\*)

Ich wünsche die Rechnungskopie:  per E-Mail  per Post

Ich bin darüber informiert, dass ich die von mir vorangehend erteilten Zustimmungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

\*Zu den Abrechnungssystemen Tiers payant und Tiers garant bitte Seite 4 beachten.



### **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) 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 erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben. Mehr zu den Abrechnungsarten finden Sie auf Seite 4 dieses Formulars.
- 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 berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere 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.

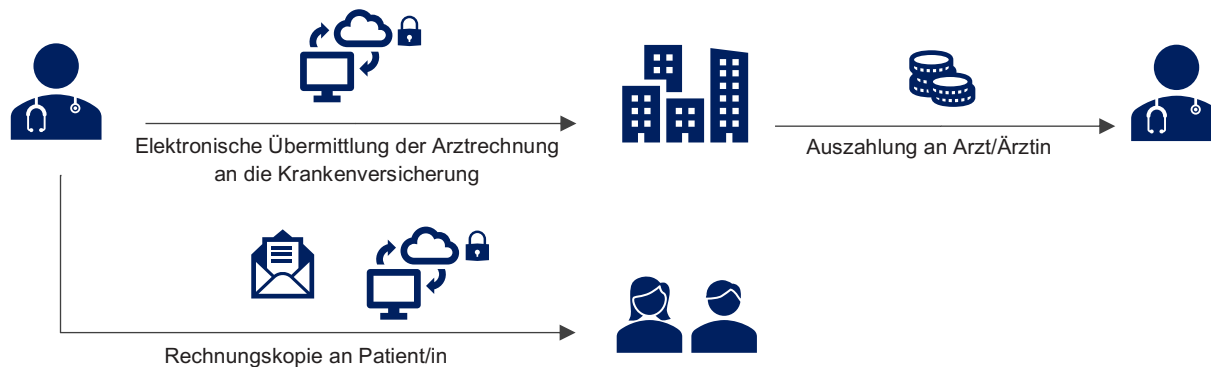


### 1. Sie bezahlen die Rechnung selbst (Tiers garant)



Als Patient/in erhalten Sie die Rechnung direkt von Ihrem Arzt. Sie begleichen sie und fordern anschliessend den Betrag gemäss Anspruchsberechtigung bei Ihrer Krankenversicherung zurück.

### 2. Ihr Arzt schickt die Rechnung direkt an Ihre Krankenversicherung (Tiers payant)



Als Patient bezahlen Sie die Arztrechnung nicht selbst. Ihr Arzt/Ihre Ärztin schickt die Arztrechnung direkt Ihrem Krankenversicherer. Der Versicherer überweist dem Arzt/der Ärztin den geforderten Betrag und sendet Ihnen eine Rechnung über die eventuelle Franchise oder den Selbstbehalt. Sie haben Anspruch auf eine Rechnungskopie, welche Ihnen vom Arzt/der Ärztin oder von eastcare AG im Auftrag des Arztes/der Ärztin zu Informations- und Kontrollzwecken zur Verfügung gestellt wird. Die von Ihnen als Patient/in bezogenen medizinischen Leistungen werden im Rahmen der obligatorischen Kranken- und Unfallversicherung in der Regel elektronisch abgerechnet. Die entsprechenden Daten werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (eastcare AG) an die Versicherer verschickt. Die elektronisch versandten Patientendaten werden von eastcare AG keiner materiellen Prüfung unterzogen. Die Sicherheitsstandards sind analog E-Banking, so dass Daten unterwegs nicht eingesehen werden können.