

Anmeldeformular für Patienten

Kind/Patient - Korrekturen / Ergänzungen zur Etikette

Nachname	<input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	<input type="text"/>	
Geschlecht	<input type="text"/>	
Strasse Nr.	<input type="text"/>	
PLZ Ort	<input type="text"/>	
Festnetz (Tel. P)	<input type="text"/>	
Eigenes Natel (Tel. G)	<input type="text"/>	
Krankenversicherung	<input type="text"/>	Vers.-Nr. <input type="text"/>
Rechnungsstellung	<input type="checkbox"/> nach Hause, <input type="checkbox"/> an die Krankenkasse*	

* Bei Rechnung an die Krankenkasse erhält der Rechnungsempfänger eine Rechnungskopie per Post.

Mutter Rechnungsempfängerin ()

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>
Strasse (falls abweichend)	<input type="text"/>
PLZ Ort (falls abweichend)	<input type="text"/>
Telefon (falls abweichend)	<input type="text"/>

Vater Rechnungsempfänger ()


Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Mobilnummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>
Strasse (falls abweichend)	<input type="text"/>
PLZ Ort (falls abweichend)	<input type="text"/>
Telefon (falls abweichend)	<input type="text"/>

Weitere Kontaktperson Rechnungsempfänger ()

Nachname	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Strasse Nr	<input type="text"/>

()Beistand ()Oma ()Opa () _____

Mobilnummer	<input type="text"/>
E-Mailadresse	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>

	Beitrag zur externen Qualitätskontrolle der Praxis: Die Krankenakte darf als Stichprobe zur Qualitätskontrolle von einer externen Fachperson eingesehen werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---	--

- Nicht abgesagte und versäumte Termine werden in Rechnung gestellt.
- Auch ärztliche Informationen per Telefon oder E-Mail werden nach gültigem Tarif verrechnet.
- Bestellte Medikamente werden bei Bestellung in Rechnung gestellt und müssen abgeholt werden.
- Neuaufnahmen nur bis 15 Jahre. Arztwechsel zu Hausarzt-Praxis ab 16 Jahre.
- E-Mail an Patienten erfolgen ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit den Praxisregeln und 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 einverstanden bin. Ich habe eine Kopie der umseitigen Erklärung zum Umgang mit Personendaten erhalten und weiss, dass ich dazu Fragen stellen oder mein Einverständnis widerrufen kann. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meinem Arzt und mir durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.	<input type="text"/> Unterschrift
---	--------------------------------------

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten in der Praxis Dr. Sebastian Beck

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck unsere Kinderarztpraxis (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 Dr. Beck.

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 unser Personal im Rahmen der 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, Therapievorschlüsse 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.

- Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte) wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben, oder uns dazu auffordern.
- 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 im Rahmen gesetzlicher Vorgaben (z.B. 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.