

Name cognome surname	Vorname nome first name
Geburtsdatum data di nascita date of birth	Geschlecht sesso <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w (f) <input type="checkbox"/> d sex
Name, Vorname, Adresse und Telefon-Nr. der/des Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen) cognome, nome, indirizzo e numero di telefono dei genitori o dei rappresentati legali (se si tratta di bambini) surname, first name, address and phone number of parent or legal representative (if patient is a child)	
Strasse, Nr. via, n° street, no.	
PLZ, Wohnort codice postale, località postcode, city	
Telefon numero di telefono phone no.	Mobiltelefon numero di cellulare mobile phone no.
E-Mail	
Notfallkontakt (Name, Vorname, Telefon-Nr.) <input type="checkbox"/> Partner/in <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Beistand contatto di emergenza (cognome, nome, numero di telefono) emergency contact (surname, first name, phone no.)	
Hausarzt medico di famiglia family doctor	
Krankenkasse cassa malati health insurance company	
Versicherten-Nr. numero d'assicurato health insurance no.	AHV-Nr.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch das gesamte Praxisteam (inklusive zukünftige Mitarbeiter/innen) sowie die Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustauschs 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 respektive dem Praxisteam und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Melden Sie sich bei uns zum Ausfüllen einer Einverständniserklärung, falls Sie auf eine verschlüsselte E-Mail-Kommunikation verzichten möchten. Ich bin einverstanden, dass der angegebene Notfallkontakt im Notfall durch die Praxis kontaktiert werden darf.

Ich wünsche das Abrechnungssystem:

Arztrechnung an meine Krankenversicherung (Tiers payant)*

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

Alternativ gibt es die Möglichkeit dass wir die Arztrechnung an Sie senden Arztrechnung an mich (Tiers garant)*

Mit meiner Unterschrift erteile ich der/dem Ärztin/Arzt die Erlaubnis:

- die für die Versicherungsdeckung, Kostengutsprachen sowie Rechnungsstellung erforderlichen Daten beim Krankenversicherer (u.a. mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren) abzufragen

- die für die Rechnungsstellung und das Inkasso erforderlichen Daten an die MediData AG bzw. an deren Inkassopartnerin, den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen (insb. Betreibungsämter, Gerichte) weiterzuleiten

- unter Verwendung der erforderlichen Daten Abfragen hinsichtlich meiner Bonität vorzunehmen oder durch von ihm/ihr beauftragte Personen vornehmen zu lassen

- medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Ärztin/Arzt zuzusenden.

Ich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) erkläre mit der Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der / die Ärztin/Arzt meine Rechnungen elektronisch via das MediData-Netz an den Versicherer und – bei entsprechender Einwilligung – elektronisch an mich (bzw. meine gesetzliche Vertretung) übermittelt

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Ort, Datum
luogo, data
place, date
Unterschrift (der/des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)
firma (dei genitori o dei rappresentanti legali se si tratta di bambini)
signature (of parent or legal representative if patient is a child)

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck das Ärztezentrum Wohlen 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. Das Ärztezentrum Wohlen arbeitet mit der Praxissoftware «Vitomed». Im Falle eines Praxissoftwarewechsels bleiben alle Bestimmungen gemäss diesem Patientenformular erhalten. 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, Therapievorschläge 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 erfolgt an die Medidata zur Rechnungsstellung und an das Inkassobüro zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten erfolgt ebenfalls an unser externes Labor Medica.
- Die Weitergabe von Untersuchungs-/Behandlungsergebnissen erfolgt an nachbehandelnde oder zuweisende Ärzte.

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).

Anforderung von medizinischen Akten

Ich ermächtige meinen Arzt/meine Ärztin respektive das Praxisteam, medizinische Akten, die in Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehen könnten, von anderen Ärzten, ärztlich geleiteten Institutionen oder anderen Gesundheitsfachpersonen anzufordern, wenn damit eine unnötige Wiederholung von Untersuchungen vermieden und somit Kosten gespart werden können.

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.

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.