

Patienteninformation und Einwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig und wir wollen Sie darüber informieren, welche Daten wir zu welchem Zweck erheben, speichern oder weiterleiten. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Zudem können Sie uns die Erlaubnis geben, mit Ihnen per E-Mail auch persönliche Informationen (Laborergebnisse, Rezepte o.ä.) auszutauschen, obwohl E-Mails aus Sicht Datenschutz nicht genügend geschützt sind. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht zudem vor, dass Patientinnen eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung in unserer Praxis erfolgt ausschliesslich zum Zwecke der Erbringung der medizinischen Leistung durch die Ärztin resp. Arzt oder weitere Gesundheitsfachpersonen und um die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir personenbezogene Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Gesundheitsfachpersonen oder Spitäler, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. anlässlich von Überweisungen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Gesundheitsfachpersonen, Spitäler, Labore, Krankenkassen resp. -versicherungen, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt ausschliesslich zum Zwecke der Klärung von medizinischen oder versicherungstechnischen Fragen oder der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

3. SPEICHERUNG UND SCHUTZ IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir darüber hinaus verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben. Maximal 20 Jahre nach Abschluss der letzten Behandlung löschen wir ihre Daten ohne Ihre explizite Einwilligung.

Ihre Daten speichern wir adäquat geschützt von unberechtigtem Zugriff bei unseren Partnern AmetiQ und Microsoft Cloud innerhalb der Schweiz resp. der EU.

4. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. 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.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

5. KOMMUNIKATIONSKANÄLE

Ohne Ihre explizite Einwilligung übermitteln wir personenbezogene Information (zB. Rezepte, Befunde etc.) nicht unverschlüsselt per E-Mail.

6. EINWILLIGUNG zum Datenschutz

Bitte kreuzen Sie an:

- Ich habe die Datenschutzinformation gelesen und zur Kenntnis genommen.
- Ich erteile der Frauenpraxis Zollweiden das Recht, personenbezogene Daten (wie z.Bsp. Laborresultate, Berichte etc.) per E-Mail zu übermitteln.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Rechnung direkt an die Krankenkasse geschickt wird (Tiers payant).

Meine E-Mail-Adresse:

.....

7. HAUSARZT

Name:

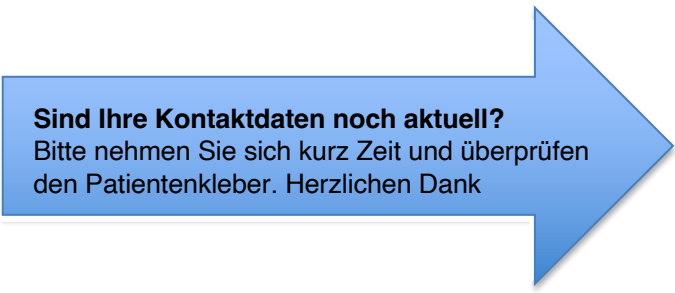
Ort:

8. VERSICHERUNG im Fall einer stationären Behandlung:

- Allgemein S3
- Halbprivat S2
- Privat S1

Münchenstein, _____

Unterschrift _____



Sind Ihre Kontaktdaten noch aktuell?
Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit und überprüfen
den Patientenkleber. Herzlichen Dank