

**Medizin für Frauen
Dr. Brigitte Bach-Meguid**

Moosstr. 23 / 8134 Adliswil Tel. 044 771 78 78 Fax. 044 771 78 79 E-Mail: info@medizin-fuer-frauen.ch

Name		Name ledig	
Vorname		Zivilstand	
Geburtsdatum			
PLZ / Wohnort			
Strasse / Nr			
Land	CH <input type="checkbox"/> bzw:	Nationalität	
E-Mail			
Mobil Nr.		Telefon Nr.	
Krankenkasse		KK-Nummer	
Hausarzt:		zuweis. Arzt	
Stationäre Versicherung	allgemein <input type="checkbox"/>	halbprivat <input type="checkbox"/>	privat <input type="checkbox"/>

Datenschutz! Aufgrund des neuen Datenschutzgesetzes sind wir verpflichtet Sie über folgendes aufzuklären und bitten um Ihre Einwilligung.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin und deren Assistentinnen sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der umliegenden Seite einverstanden bin.

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 und mir als Patientin 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.

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck diese 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 diese 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 die Ärztin.

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 behandelnde Ärztin im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Personen, 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 20 Jahre nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie sicher gelöscht bzw. vernichtet

Weitergabe der Daten: Ihre Personendaten und 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 an ein Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso. Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete 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.

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 Person.

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.

Rechnungsinformation

Sie stimmen dem Abrechnungssystem: **Rechnung an Ihre Krankenkasse (Tiers payant)** und der damit verbundenen elektronisch verschlüsselten, sicheren Zusendung per E-Mail, bzw. Dokumentendownload über das Internet zu. Sie ermächtigen die Mitarbeiter dieser Praxis ausdrücklich schriftliche Unterlagen über Ihre Krankengeschichte sowie vorher erhobene Befunde bei anderen Ärztinnen/Ärzten oder Institutionen anzufordern. Sie stimmen ferner zu, dass Ihre Unterlagen von der Ärztin der Praxis, Ihren Assistentinnen, etwaigen Praxisvertreterinnen und allfälligen Praxisnachfolgerinnen eingesehen bzw., dass sie diesen übergeben werden.

Sie erklären, mit Ihrer Unterschrift zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Rechnung elektronisch via MediPort verschlüsselt verschickt, der Krankenkasse zugestellt oder Ihnen zum Download verschlüsselt über das Internet zur Verfügung gestellt wird. Postversand für die Originalrechnung bzw. Rechnungskopie ist auf Ihren Wunsch möglich.

Datum:

Unterschrift: