



# PRAXIS BACHSTRASSE

Name / Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/> O F O
Zivilstand	<input type="text"/>		
Beruf	<input type="text"/>	Arbeitgeber	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Tel.privat	<input type="text"/>		
Tel Geschäft	<input type="text"/>		
Tel Mobil	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		

Name und Vorname, Adresse des/der Erziehungsberechtigten (bei Kindern)/gesetz. Vertretung

Hausarzt	<input type="text"/>
Zuweisender Arzt/Ärztin	<input type="text"/>
Notfallkontakt	<input type="text"/>

## Kostenträger / Garant für **AMBULANTE BEHANDLUNG**

<input type="checkbox"/> Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> IV/AHV
Name der Versicherung	<input type="text"/>		
Kartenummer Versicherung	<input type="text"/>	(80756.....)	
Versichertennummer	<input type="text"/>		
AHV-Nummer	<input type="text"/>		

## Kostenträger/ Garant für **SPITAL - BEHANDLUNG**

<input type="checkbox"/> Allgemeinabteilung	<input type="checkbox"/> Halb-Privatabteilung	<input type="checkbox"/> Privatabteilung	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Name d. Krankenkasse / Versicherung			

Ich wünsche das Abrechnungssystem:

<input type="checkbox"/> Arztrechnung an meine Krankenkasse (Tiers payant)
<input type="checkbox"/> Arztrechnung an mich (Tiers garant)

Ich bestätige, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztinnen und Ärzte der Praxisgemeinschaft sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden 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 / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ohne eine anderslautende Anweisung des Patienten ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin aber ohne spezielle Anweisung damit einverstanden, dass rein administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen. Auch bin ich damit einverstanden, dass Terminerinnerungen via sms zugestellt werden können.
- Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten immer eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass diese Rechnungskopie elektronisch mittels E-Mail zugestellt werden darf. Hierzu wird ein verschlüsselter Kanal via HIN-Plattform benützt.
- Ich bestätige, dass die HNO-Praxis bei Dritten Informationen und Unterlagen einholen darf, falls es für meine Behandlung notwendig ist und dass die HNO-Praxis nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten die für meine Nachbehandlung notwendigen Informationen und medizinischen Unterlagen weitergeben werden darf.
- Ich bestätige, dass die HNO-Praxis Angaben zur Versicherungsdeckung/Kostengutsprachen im Hinblick auf geplante Behandlungen bei meinen Krankenversicherer einholen darf.
- Ich bestätige, dass meine Daten, soweit sie für die Rechnungstellung und -kontrolle sowie für das Inkasso notwendig sind, an Dritte (Abrechnungsstellen/Trustcenter, Inkassobeauftragte) weitergeben werden dürfen. Dies gilt auch bezüglich anonymisierter Daten für die ärzteigene Datensammlung.
- Ich bestätige mein Einverständnis, dass mir bei einer zweiten Mahnung Mahngebühren von 10 CHF und bei einer dritten Mahnung Mahngebühren von 30 CHF verrechnet werden dürfen und bin damit einverstanden, dass allfällige externe Kosten eines Inkassoverfahrens durch mich übernommen werden.
- Ich bestätige einverstanden zu sein, dass mir bei nicht wahrgenommenen Terminen, die nicht 24 Stunden vor Terminbeginn abgesagt werden und die nicht durch andere Termine (z. B. durch Notfalltermine) ersetzt werden können eine Unkostenbeteiligung von 40 CHF (für Termine von 15 Minuten Dauer) oder 60CHF (für längere Termine) verrechnet werden darf.

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

Schaffhausen, den  Unterschrift des Patienten, resp. seiner gesetzlichen Vertretung

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

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck unsere Praxis 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-, Militär- 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 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 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. 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.