

Einwilligungserklärung/ Patientenformular

Nachname	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Zivilstand	_____
Strasse	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
PLZ, Ort	_____	Kanton	_____
Telefon	_____	Nationalität	_____
Mobile	_____	Beruf	_____
E-Mail	_____	Arbeitgeber	_____

Gesetzlicher Vertreter		Krankenversicherung	
Nachname	_____	Name	_____
Vorname	_____	Versicherten-Nr.	_____
Strasse	_____		_____
PLZ, Ort	_____	Zusatzversichert	_____
Telefon	_____	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei	_____
Mobile	_____		_____

Hausarzt	_____	Zuweisender Arzt	_____
PLZ, Ort	_____	PLZ, Ort	_____

Haben Sie Allergien? Nein Ja, folgende: _____

Leiden Sie oder Ihre direkte Verwandte an folgenden Krankheiten? Nein Neurodermitis

Heuschnupfen

Asthma

Haben Sie Zuckerkrankheit? Nein Ja

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein Ja, folgende: _____

Nehmen Sie Medikamente (auch Anti-Babypille) ein? Nein Ja, folgende: _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja, in der Woche: _____

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB)

1. DermaPoint AG rechnet grundsätzlich direkt mit der Krankenkasse ab, wobei die Rechnungs-Daten elektronisch via MediPort versendet werden. Patienten, die die Rechnung direkt erhalten möchten, wenden sich bitte an das Praxispersonal. Assura Versicherte erhalten in jedem Fall eine Rechnung zur Einreichung an die Krankenkasse.
2. Für Terminversäumnisse und kurzfristige Absagen weniger als 24h vor dem vereinbarten Termin müssen wir die Unkosten in Rechnung stellen. Bei Behandlungsterminen mit Selbstzahler-Leistung (ästhetische Behandlung) werden die Hälfte der Behandlungskosten und für alle anderen Leistungen Fr. 100.- in Rechnung gestellt. Terminabsagen können per Mail oder Telefon erfolgen.
3. Selbstzahler-Leistungen sind z.B. ästhetische Behandlungen, nicht-kassenpflichtige Kosmetika oder Medikamente. Diese müssen direkt nach der Behandlung gegen Quittung gezahlt werden (wir akzeptieren Bargeld, Debit- und Kreditkarten).
4. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriff auf die Daten durch den Arzt sowie die Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformationen auf der folgenden Seite 3 einverstanden bin.
5. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder im Falle eines Rechtsstreits den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
6. *Ich wünsche Rechnungen oder Rechnerkopien elektronisch übermittelt.*
 - Ich stimme zu*
 - Ich stimme nicht zu*
7. *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 DermaPoint und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden von DermaPoint ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.*
 - Ich stimme zu*
 - Ich stimme nicht zu*

Ich habe das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt und erkläre mich mit den AGB einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Hautarztpraxis DermaPoint 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 DermaPoint. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder 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 den behandelnden Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren 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 weiteraufbewahrt 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.
- Optional: 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 berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere 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 eine Kopie verlangen. Die Kopie-Herausgabe kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, die vom Aufwand der Kopie-Erstellung abhängen, werden Ihnen vorgängig bekanntgegeben.

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.