

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Patienten

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen			
Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Buchhaltungsdaten, Weiterleitung Medidata/Trust Center (Kontrollstelle für die elektronische Abrechnung) mit Tarmed Code	Trust Center und Medidata; Krankenkasse, Unfallversicherung, Militärversicherung; Mit der Abrechnung beauftragte Personen (z.B. Angehörige/Beistand/Vor mund)	Abrechnung
Bonitätsprüfung	Weiterleitung Personendaten	Inkasso Med AG / Intrum AG	Überprüfung der Bonität
Individuelle Bestellung von Medikamenten	Vorname, Nachname, AHV Nr., Geburtsdatum,	Pharmaunternehmen/Apotheke	Medikamentenlieferung
Labordaten	Messergebnisse (z. Bsp. Blut, Urin, Stuhl etc.)	Labore	Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien
Überweisungen/Berichte an Dritte/Mailverkehr	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Verdachtsdiagnose, Laborergebnisse, Medikation, Beilagen, Rezepte, Verordnungen	Dritte Dienstleistungserbringer inkl. Vertrauensärzte	Im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken), für den Beizug von Spezialisten („Konsilium“)

Alle darüber hinausgehenden personenbezogenen Daten sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Ich nehme überdies zur Kenntnis, dass die gegenständliche Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Weitere, detaillierte Informationen zu unserem Datenschutz entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt "Information zum Datenschutz für Patienten".

Hiermit willige ich in die Verarbeitung/Übermittlung meiner oben angeführten Daten ein.

Vorname, Name des Zeichnungsberechtigten

Ort, Datum _____ Unterschrift _____