

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_  weiblich  männlich  divers

Strasse \_\_\_\_\_ Tel. Mobile \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Tel. Festnetz \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft \_\_\_\_\_

Name & Vorname der Eltern (Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_

Krankenkasse / Ort \_\_\_\_\_

Bitte die Krankenkassenkarte am Empfang vorweisen.

Zusatzversicherung/Ort: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Hausarzt/-ärztin \_\_\_\_\_ Zuweiser \_\_\_\_\_

Beruf / Tätigkeit \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie mit dem Beginn der Behandlung folgenden Bedingungen zustimmen:

- In der Regel wird meine Arztrechnung direkt an meine Krankenversicherung gesendet (System «tiers payant»). Ich erhalte eine Rechnungskopie per verschlüsseltem E-Mail.
- Mein(e) Arzt/Ärztin darf
  - bei Dritten Informationen und Unterlagen, die für meine Behandlung relevant sind, einholen
  - Angaben zur Versicherungsdeckung/Kostengutsprachen bei meinem Krankenversicherer einholen
  - nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen sowie weiteren Leistungserbringer der Sozialversicherungen (zB. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Ernährungsberater:in), die für meine weitere Behandlung notwendigen Informationen und medizinischen Unterlagen weitergeben
  - meine Daten, soweit sie für die Rechnungstellung und -kontrolle sowie für das Inkasso notwendig sind, an Dritte (Abrechnungsstellen/Trustcenter, Inkassobeauftragte) weitergeben. Dies gilt auch bezüglich anonymisierter Daten für die ärzteeigene Datensammlung.

Für die Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient/in ist ausschliesslich schweizerisches Recht anwendbar. **Ausschliesslicher Gerichtsstand** für sämtliche Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis ist **Frauenfeld (Schweiz)**.

Termine, die weniger als 24 Stunden im Voraus abgesagt oder verschoben oder gar nicht wahrgenommen werden, können in Rechnung gestellt werden.

Ich habe dieses Dokument (inklusive Anhang auf Seite 2) gelesen und verstanden. Bei Fragen dazu wende ich mich an meinen Arzt oder meine Ärztin im Schlossberg Ärztezentrum.

Diese Einverständniserklärung ersetzt alle bisherigen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

### **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, Therapievorschlüsse und Befunde.

### **Dauer der Aufbewahrung**

Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt.

### **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.