

Patient*innen-Datenblatt

1. Personalien

Vorname _____ Name _____

Titel _____ Geschlecht w m d

Geb. Datum _____ Tel. Privat _____

Tel. Gesch. _____ Mobile _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Kanton/Land _____ Nationalität _____

E-Mail _____

Beruf _____

Erwerbstätigkeit angestellt selbstständig pensioniert

2. Kontaktperson

Vorname _____ Name _____

Mobile _____

3. Medizinische Kontakte

Hausarzt*in _____

PLZ/Ort _____

Zuweisung Selbst Verwandte/Bekannte Hausarzt*in Kardiolog*in Spital

Zuweiser*in _____

PLZ/Ort _____

4. Krankenberichte

Einwilligung Gerne darf die Cardiance Clinic meine Krankenberichte früherer Behandlungen bei den zuständigen behandelnden Arzt*innen anfordern.

Gerne darf die Cardiance Clinic mir meine Krankenberichte per E-Mail zustellen.

Datum, Unterschrift Patient*in

Durch die Cardiance Clinic auszufüllen

AHV-Nr. _____

Krankenkasse _____

Krankenkassen-Nr. _____

Versicherungsstatus allgemein halbprivat privat

Informationen zum Datenschutz

Stamm- und Behandlungsdaten

Wir bearbeiten Stamm- und Behandlungsdaten für die Zuordnung, Behandlung und Abrechnung.

Patient*innen-Daten

Wir bearbeiten Gesundheitsdaten, z.B. für die Krankengeschichte, für die Dokumentation, für Befunde, ergänzen diese mit Labordaten etc..

Überlassene Daten

Wir bearbeiten die Personendaten, die Sie uns zur Verfügung stellen.

Erhaltene Daten

Wir können auch Daten von anderen Kliniken, Arzt*innen erhalten, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierzu Ihre Einwilligung gegeben haben.

Bearbeitungszwecke

Wir bearbeiten Ihre Personendaten vor allem zu folgenden Zwecken:

- Patient*innen-Aufnahme
- Führung der Krankengeschichte
- Behandlungen
- Abrechnungen

Unsere Dienstleister*innen

Ihre Personendaten werden auch von unseren Dienstleister*innen in unserem Auftrag bearbeitet, z.B. IT-Dienstleister*innen etc.

Unabhängige Bearbeiter

Ihre Personendaten und Ihre Patient*innen-Daten übermitteln wir nur an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

Schweiz und EWR

Wir bearbeiten Ihre Personendaten vorwiegend in der Schweiz und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Kein Profiling

Wir analysieren weder Ihr Verhalten noch treffen wir Annahmen über Ihre Interessen und Vorlieben.

Ihre Rechte im Datenschutz

Als betroffene Person haben Sie im Zusammenhang mit der Datenbearbeitung die gesetzlichen Rechte:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Widerspruch
- Recht auf Löschung
- Recht auf Datenherausgabe
- Recht auf Datenübertragung

Einwilligung zur Datenbearbeitung und Weitergabe an Dritte

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten und dem Zugriff darauf durch die Klinik und seine Mitarbeitenden einverstanden bin.

Im Rahmen der Behandlung und der damit verbundenen administrativen Abläufe ist es notwendig, gewisse Informationen mit ausgewählten Dritten auszutauschen. Bei diesen Dritten kann es sich um Fachpersonen oder Organisationen handeln, die zur bestmöglichen Behandlung oder zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben beitragen. Im erforderlichen Umfang bin ich auch damit einverstanden, dass die notwendigen Daten an die folgenden Empfänger*innen (evtl. nicht abschliessend) weitergegeben werden können, bzw. müssen:

- Laboratorien, Röntgen
- andere nachbehandelnde Arzt*innen oder Therapeut*innen
- zuweisende Arzt*innen oder Kliniken
- Apotheken
- Behörden
- Versicherungen

Die Weitergabe der Daten an Dritte gilt insoweit und für diese Zwecke auch als Entbindung vom Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB

E-Mail-Korrespondenz

Die E-Mail-Korrespondenz ist bei uns verschlüsselt. Wir nutzen die Schweizer Branchenlösung im Gesundheitswesen HIN. Als HIN Mitglied setzen wir mit verschlüsselten E-Mails den gesetzlich geforderten Datenschutz und bewahren das Patient*innengeheimnis.

Nur auf besonderen Wunsch und nach Rücksprache kann im Einzelfall auch unverschlüsselt erfolgen. Die unverschlüsselte Korrespondenz erfordert kein Passwort, birgt aber mögliche Risiken für den Austausch von Personen- und Gesundheitsdaten, wie die mögliche Kenntnisnahme durch unbefugte Dritte bei unsicheren Kommunikationswegen. Alternativ können Sie die Korrespondenz auch per Post erhalten.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällige weitere mündliche Erklärungen willige ich mit meiner Unterschrift in die datenschutzkonforme Bearbeitung und Weitergabe meiner Personendaten, soweit erforderlich, ein. Ich nehme ferner zur Kenntnis, dass meine Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgten Bearbeitung berührt wird. Der Widerruf bedarf ebenso wie diese Einwilligung der Schriftform.



Datum, Unterschrift Patient*in