



## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Patienten

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen			
Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten	Trust Center (trustmed GmbH) und Medidata	Abrechnung Patienten über Trustcenter (trustmed GmbH)
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten	Beauftragte Personen (Angehörige)	Leistungsabrechnung (nur im Auftrag des Patienten)
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten	Patient oder Krankenkassen- und Unfallversicherungen	Abrechnung mit Versicherungen
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten	Inkassofirmen, Betriebsamt, Friedensrichteramt, zuständige Gerichte	Abrechnung in Betreibungsfall
Arztzeugnisse/Auskünfte für Versicherungen und Vertrauensärztlicher Dienst	Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, medizinische Beurteilungen	Versicherungen, Vertrauensärztlicher Dienst	Leistungsprüfung, Rückfragen für Kostenübernahme/Leistung sübernahme durch Versicherungen
Befunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Verdachtsdiagnose, Laborergebnisse, Mediliste	Dritte Dienstleistungserbringer, Vertrauensärzte	Überweisungen (z.B. Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken) und Beizug von Spezialisten
eRezept	Stammdaten, Medikation	Apotheken	Zusendung Rezept für Patienten
Ind. Bestellung von Medikamenten/Materialien gem. Migel	Stammdaten, Medikamentenbestellung, Materialien gemäss Migel	Pharmaunternehmen und Migel Produkte Lieferanten	Medikamentenlieferung
Labordaten	Biologische Daten (z. Bsp. Blut, Urin, Histologie, etc.)	Labore	Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien
Verordnungen	Stammdaten, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie/Atemtherapie, Hypnotherapie	Dritte Leistungserbringer: Ernährungsberatung, Physiotherapie, Logopädie/Atemtherapie, Hypnotherapie	Verordnung

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.

Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminvereinbarungen oder -verschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse [Praxisadresse] zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) an die von mir angegebene persönliche Mail-Adresse versandt und mit mir ausgetauscht werden. Gleiches gilt für Kommunikation per SMS oder andere Messenger-Dienste (z.B. Whatsapp). Ich bin mir der möglichen Risiken dieses Datenaustausches sowie meiner Rechte bewusst. Weiter bin ich einverstanden, dass mit

mir über besonders schützenswerten Personendaten (wie z.B. E-Mail-Korrespondenz über meine Erkrankung/Symptome, Diagnose, Prozedere, Arztbriefe, Versicherungsbriefe, Befunde der Bildgebung, Laborbefunde und andere gleichwertige Daten) mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse [Praxisadresse] zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) an die von mir angegebene persönliche Mail-Adresse kommuniziert wird, wenn ich zuvor per Mailanfrage an zgh@hin.ch oder an die @hin.ch-Adresse der behandelnden Ärzte darum gebeten habe. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen, wie z.B. Abfangen des E-Mails durch Dritte, Hacken des E-Mail-Postfachs, Versand an eine falsche Adresse usw.) sowie meiner Rechte bewusst. Mir ist bewusst, dass die Praxis alternativ einen gesicherten Kommunikationsweg („Medical Safe“) über die SecureSafe App anbietet und andernfalls eine Kommunikation über besonders schützenswerten Personendaten nur persönlich oder per Post erfolgen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name des Zeichnungsberechtigten

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