

Kind		<i>*Pflichtfelder</i>	
Familienname* <input type="text"/>		Vorname* <input type="text"/>	
Geburtsdatum* <input type="text"/>	Geschlecht* <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Nationalität <input type="text"/>	
Amtlicher Wohnsitz* Strasse, Nr. <input type="text"/> PLZ, Ort <input type="text"/>		ev. Aufenthaltsbewilligung <input type="text"/>	Wohnhaft bei* <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> andere:
Krankenkasse <input type="text"/>		Krankenkassensektion/-Ort <input type="text"/>	
ev. IV-Geburtsgebrenchziffer <input type="text"/>		ev. IV-Verfügungsnummer <input type="text"/>	

Mutter			
Familienname* <input type="text"/>		Vorname* <input type="text"/>	
Geburtsdatum* <input type="text"/>	Sprache <input type="text"/>	Nationalität <input type="text"/>	
ev. abweichender Wohnsitz Strasse, Nr. <input type="text"/> PLZ, Ort <input type="text"/>		ev. Aufenthaltsbewilligung <input type="text"/>	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> andere:
Beruf <input type="text"/>		Körpergrösse <input type="text"/>	
Telefon <input type="text"/>	Mobile* <input type="text"/>	E-Mail* <input type="text"/>	

Vater			
Familienname* <input type="text"/>		Vorname* <input type="text"/>	
Geburtsdatum* <input type="text"/>	Sprache <input type="text"/>	Nationalität <input type="text"/>	
ev. abweichender Wohnsitz Strasse, Nr. <input type="text"/> PLZ, Ort <input type="text"/>		ev. Aufenthaltsbewilligung <input type="text"/>	Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> andere:
Beruf <input type="text"/>		Körpergrösse <input type="text"/>	
Telefon <input type="text"/>	Mobile* <input type="text"/>	E-Mail* <input type="text"/>	

Korrespondenz / Abrechnung			
Korrespondenzadresse* <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter		Rechnungsadresse* <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter	
Rechnungsdokumente und Rechnungen werden elektronisch versandt. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wenden Sie sich an das Praxispersonal.			

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, bei Bedarf medizinische Akten über mein Kind zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnung erforderlichen Daten an die rechnungsstellende oder mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen, weiterzuleiten.

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 meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail erfolgen.

Eine verpasste Konsultation, sofern nicht spätestens 24 Stunden vorgängig abgesagt, erlauben wir uns zu verrechnen. Rechnungs-Mahnungen, nach einer ersten Zahlungserinnerung, sind gebührenpflichtig.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der Rückseite oder abrufbar via www.chinderpraxis.ch einverstanden bin.

Ort/Datum <input type="text"/>	Name/Vorname in Blockschrift <input type="text"/>	Unterschrift gesetzlicher Vertreter <input type="text"/>
--------------------------------	---	--

Elektronischer Versand von Rechnungs-Dokumenten und Rechnungen

Wir sind verpflichtet, für jede Rechnung die wir Ihrer Krankenkasse senden, Ihnen eine Rechnungs-Kopie zuzustellen. Um Papier zu sparen und Ihren Aufwand zu reduzieren, werden wir die Rechnungs-Kopie elektronisch zustellen. Aus Sicherheitsgründen wird dies über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (MediData) erfolgen. Die Sicherheitsstandards sind analog dem E-Banking, sodass Ihre Daten unterwegs nicht eingesehen werden können. Sie erhalten auf Ihr Mobiltelefon den Zugangscodex und via E-Mail den Zugangslink.

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Chinderpraxis minimed (nachfolgend Arztpraxis) 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 die Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt 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 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, Therapievorschläge und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt, 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 Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und 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 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.