

## Einwilligungserklärung / Patientenformular

Vorliegendes Anmeldeformular enthält 3 Seiten. Mit Ihrer Unterschrift auf Seite 3 bestätigen Sie, dass Ihre Angaben stimmen und Sie die aufgeführten Bedingungen gelesen und verstanden haben und ihnen zustimmen.

Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Geburtsdatum:
Strasse und Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon Privat:	Mobil:
Telefon Geschäft:	E-Mail:
Notfall-Kontakt: Name UND Telefon-Nr.	
Beruf:	Arbeitgeber (Adresse und Telefon):
<u>Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen, sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien PatientIn):</u>	
Institution:	
Vorname:	Name:
Strasse und Nr.:	PLZ/Ort:
Tel./Mobil:	E-Mail:
Krankenkasse (Grundversicherung):	Versicherungsnummer:
Krankenkasse Zusatzversicherung (wenn nicht identisch mit Grundversicherung):	Versicherungsnummer:
<p>Sofern Ihre Krankenkasse die direkte Abrechnung (tiers payant) erlaubt, wird das MediZentrum die Rechnung aus der Grundversicherung mit Ihrer Krankenkasse direkt abrechnen und Sie erhalten eine Rechnungskopie zugestellt. Möchten Sie dies nicht und möchten Sie die Originalrechnung und die Rechnungskopie selbst erhalten (tiers garant), so müssen Sie dies hier untenstehend explizit angeben:</p> <p><b>Nicht einverstanden:</b>  <input type="checkbox"/> Ich will nicht, dass das MediZentrum direkt mit der Krankenkasse abrechnet und ich lediglich eine Rechnungskopie erhalte (tiers payant).</p>	
Zusatzversicherung:	Unfallversicherung:
Unfallversicherung: <input type="checkbox"/> privat    Versicherung: <input type="checkbox"/> über ArbeitgeberIn	

Bitte geben Sie Ihre Krankenkassen-Karte am Empfang zum Einlesen ab. Erstpatientinnen und -patienten müssen sich mit einem Ausweis identifizieren. Danke.

Sie möchten zukünftig gerne von einem Hausarzt des MediZentrums Burgergut behandelt werden. Wir danken Ihnen für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen.

**Haus- und Heimbefuche beschränkt auf einen Radius von 10km von 3613 Steffisburg BE** Gerne möchten wir Ihnen mitteilen, dass die Hausärzte und Hausärztinnen des MediZentrums Burgergut gerne bereit sind, neue Patienten und Patientinnen aufzunehmen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass medizinisch notwendige Hausbesuche und Heimbefuche (Alters- und Pflegeheime, Behindertenheime etc.) in einem beschränkten Radius von 10 km von Steffisburg stattfinden.

**Nicht wahrgenommene Termine** Können Sie einen vereinbarten Termin, welcher im MediZentrum Burgergut stattfinden wird, nicht wahrnehmen, so bitten wir Sie, diesen Termin 24 Stunden im Voraus abzusagen, damit der Termin anderweitig vergeben werden kann. Die Leistungserbringer und Leistungserbringerinnen behalten sich vor, nicht wahrgenommene und nicht rechtzeitig abgesagte Termine zu verrechnen. Diese Kosten werden nicht von den Versicherungen getragen, sondern müssen durch Sie persönlich beglichen werden.

**Mahnungen und Mahngebühren / Inkassostelle und Betreibungsverfahren** Ist keine Direktabrechnung mit der Krankenversicherung möglich und wurden Sie bereits zweimal aufgrund nicht bezahlter Rechnung gemahnt, so wird Ihnen bei der dritten Mahnung eine Mahngebühr von CHF 20.—für die entstandenen Umtriebe in Rechnung gestellt. Nach erfolglosen drei Mahnungen übergeben wir den Fall zur Weiterführung (Einfordern des offenen Betrages) einer Inkassofirma (Encath AG, Inkassostelle für Ärzte und Zahnärzte).

**Wir sind eine mit dem Qualitätslabel EQUAM (Externe Qualitätsförderung in der ambulanten Medizin) zertifizierte Praxis. Was heisst das genau?** Patientinnen und Patienten sind an einer möglichst erfolgreichen Behandlung interessiert. Das EQUAM-Label „Health Care Quality“ ist ein eingetragenes und geschütztes Qualitäts-Zertifikat, das nur diejenigen Praxen, Netzwerke von Arztpraxen, sowie Einzelpraxen erhalten, die anhand eines Zertifizierungs-Audits von neutraler und unabhängiger Stelle erfolgreich überprüft wurden. EQUAM-zertifizierte Praxen/Zentren geben ihren Patientinnen und Patienten so die Gewissheit, dass sich die medizinische Qualität auf höchstem Niveau befindet und laufend verbessert wird. Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie, dass ein/e Auditor/in der EQUAM-Stiftung zu Qualitätsprüfungszwecken und nur falls erforderlich, einen Einblick in Ihre Krankenakte haben darf.

#### **Vertretungen Ihrer Hausärztin/Ihres Hausarztes, Ausbildungsort MediZentrum für angehende Ärztinnen und Ärzte**

Das MediZentrum ist ein Ausbildungsort für angehende Ärztinnen und Ärzte. D.h., dass Medizinstudentinnen und -studenten und Assistenzärztinnen und -ärzte im MediZentrum ihre Aus- und Weiterbildung tätigen. So ist es möglich, dass Sie bei einer Konsultation (vorgängig) durch diese Personen befragt und/oder untersucht werden.

Ebenso ist es möglich, dass Sie bei Abwesenheiten, im Notfall oder bei Sprechstundenüberlastung Ihrer Hausärztin/Ihres Hausarztes einen Termin bei einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt des MediZentrums erhalten.

All die obgenannten Ärztinnen und Ärzte, Assistenzärztinnen und -ärzte, Medizinstudentinnen und -studenten benötigen für die Durchführung Ihrer Behandlung Zugriff auf Ihre Krankengeschichte, welchem Sie mit der Unterzeichnung dieses Formulars zustimmen.

**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.

**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 und deren/dessen Fachpersonal im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen oder übermitteln oder geben Zugriff auf Daten an weitere Ärztinnen/Ärzte und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, mit dieser Einwilligung. 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, Medikationen, Therapieempfehlungen und Befunde (wie z.B. Berichte, diverse Werte wie Labor, EKG, etc.).

**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.

- Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Übernahme und Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- 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 Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).
- Mit dieser Einwilligung erfolgt die Übermittlung von Daten oder die direkte Einsicht der Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte oder andere Gesundheitsfachpersonen).

**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.

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 wie vorab beschrieben einverstanden bin.

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-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Steffisburg, \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_