Kinder- und Jugendpraxis Worb
Kreuzgasse 17
3076 Worb

Kinder- und Jugendpraxis Worb
Kreuzgasse 17 3076 Worb

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	Ärztekasse	Abrechnung Patienten über Ärztekasse
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten	Mit der Abrechnung beauftragte Personen (Angehörige)	Leistungsabrechnung (nur im Auftrag des Patienten)
Abrechnungsdaten	Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten	Krankenkassen- und Unfallversicherungen	Abrechnung mit Kranken- und Unfallversicherung (tier garant)
Arztzeugnisse und Auskünfte für Versicherungen	Untersuchungsergebnisse, Diagnosen, medizinische Beurteilungen	Versicherungen	Leistungsprüfung, Rückfragen für die Kostenübernahme/Leistungsübernahme durch die Versicherungen
Befunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Verdachtsdiagnose, Laborergebnisse, Mediliste	Dritte Dienstleistungserbringer inkl. Vertrauensärzte	im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken) und für den Beizug von Spezialisten („Konsilium")
Berichte Dritte Dienstleistungserbringer	ärztliche Berichte, Laborberichte, Rückmeldungen Therapieverläufe	andere Dienstleistungserbringer	
E-Mailadresse	E-Mailadresse	Patient, gesetzlicher Vertreter, Dienstleistungserbringer	
eRezept	Stammdaten Patient, Medikation	Apotheken	Zusendung Rezept für Patienten
Individuelle Bestellung von Medikamenten und Materialien gemäss MiGeL	Stammdaten, Geburtsdatum, Medikamentenbestellung, Materialien gemäss Migel	Pharmaunternehmen und Migel Produkte Lieferanten	Medikamentenlieferung
Labordaten	Biologische Daten (z. Bsp. Blut, Urin etc.)	Labore	Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien
Patientenanfragen	Termine, Diagnoseanfragen, Medikamentenbestellungen, Feedback	keine Weiterleitung	
Verordnungen	Stammdaten Patient, Ergo-, Physiotherapie, Psychotherapie	Dritte Leistungserbringer (Ernährungsberater, Physio-, Ergotherapie)	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.

Wir bitten um Kenntnisnahme, dass bei einer übergreifenden Behandlung mit anderen Gesundheitsdienstleistern (z.B. Spital) Berichte an uns gesendet und gespeichert werden ohne sie zu Informieren.
Es ist möglich, dass wir ihnen Befunde, Ergebnisse oder andere Infos auf die Combox mitteilen.
Für die Garderoben übernehmen wir kein Haftung.

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

_____

Vorname, Name des Zeichnungsberechtigten

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

BITTE BEACHTEN SIE: DIE UNTERZEICHNUNG ERFOLGT ELEKTRONISCH IM RAHMEN IHRES NÄCHSTEN BESUCHS IN DER KINDER- UND JUGENDPRAXIS WORB