

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 | Mit der Abrechnung beauftragte Personen (Angehörige) | Leistungsabrechnung (nur im Auftrag des Patienten) |
| Abrechnungsdaten | Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten | Krankenkassen- und Unfallversicherungen | Abrechnung mit Versicherungen (tiergarant) |
| Abrechnungsdaten | Fakturierung Patienten, Tarmed Code, Buchhaltungsdaten | Inkasso | Begleichung Rechnung |
| 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 (Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken) und für den Beizug von Spezialisten |
| 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 |
| Verordnungen | Stammdaten Patient, Therapeuten | Dritte Leistungserbringer (zB. Phyio-/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.

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

Vorname, Name des Zeichnungsberechtigten

Ort, Datum _____ Unterschrift _____