

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Patienten

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen			
Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Abrechnung	Fakturierung Patienten, Buchhaltungsdaten	Trust Center und Medidoc	Leistungsabrechnung
Abrechnung	Fakturierung Patienten, Buchhaltungsdaten	Mit der Abrechnung beauftragte Personen	Leistungsabrechnung (nur im Auftrag des Patienten)
Befunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten	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	in Verbindung mit Befunddaten	im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten) und für den Beizug von Spezialisten („Konsilium“)
Labordaten	Biologische Daten (Hämatologie, Chemie, Urin, Diverses, MCL.)	in Verbindung mit Befunddaten	Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien
Untersuchungen	EKG, LuFu, Röntgen	in Verbindung mit Befunddaten	im Rahmen von Überweisungen

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.

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

 Vorname, Name des Zeichnungsberechtigten

Ort, Datum _____ Unterschrift _____