

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Patienten

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen			
Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Fotos	Foto, Foto-Nr.	Hausarzt, Plastischer Chirurg, andere Ärzte	nur im Bedarfsfall
Abrechnung	Fakturierung Patienten, Buchhaltungsdaten	Inkassobüro	Forderungseintreibung
Befunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Verdachtsdiagnose	Dritte Dienstleistungserbringer inkl. Vertrauensärzte	im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten) und für den Beizug von Spezialisten („Konsilium“)
Labordaten	Biologische Daten (z. Bsp. Blut, Urin etc.)	Labore	Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien
Rezepte	Stammdaten Patient, Medikation	Apotheken	Zusendung Rezept für Patienten

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 _____