

Patientendatenblatt

1. Personalien

Vorname _____ Titel _____
Name _____ Geschlecht w m
Geburtsdatum _____ Telefon P _____
Telefon G _____ Mobile _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Kanton/Land _____ Nationalität _____
E-Mail _____
Beruf _____
Erwerbstätigkeit angestellt selbstständig pensioniert

2. Kontaktperson

Vorname _____ Mobile _____
Name _____

3. Medizinische Kontakte

Hausarzt/-ärztin _____
PLZ/Ort _____
Zuweisung Selber Verwandte/Bekannte Hausarzt Kardiologe Spital
Zuweiser/in _____
PLZ/Ort _____

4. Krankenberichte

Einwilligung Gerne darf die Cardiance Clinic meine Krankenberichte früherer Behandlungen bei den zuständigen Ärzten anfordern.
 Gerne darf die Cardiance Clinic mir meine Krankenberichte per E-Mail zustellen.

Datum, Unterschrift _____

Durch die Cardiance Clinic auszufüllen

AHV-Nr. _____
Krankenkasse _____
Krankenkassen-Nr. _____
Versicherungsstatus allgemein halbprivat privat

Informationen zum Datenschutz



Stamm- und Behandlungsdaten
Wir bearbeiten Stamm- und Behandlungsdaten für die Zuordnung, Behandlung und Abrechnung.



Überlassene Daten
Wir bearbeiten die Personendaten, die Sie uns zur Verfügung stellen.



Bearbeitungszwecke
Wir bearbeiten Ihre Personendaten vor allem zu folgenden Zwecken:



Unsere Dienstleister
Ihre Personendaten werden auch von unseren Dienstleistern in unserem Auftrag bearbeitet, z.B. IT-Dienstleister etc.



Schweiz und EWR
Wir bearbeiten Ihre Personendaten vorwiegend in der Schweiz und im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR).

Ihre Rechte im Datenschutz
Als betroffene Person haben Sie im Zusammenhang mit der Datenbearbeitung die gesetzlichen Rechte:



Patientendaten
Wir bearbeiten Gesundheitsdaten, z.B. für die Krankengeschichte, für die Dokumentation, für Befunde, ergänzen diese mit Labordaten etc..



Erhaltene Daten
Wir können auch Daten von anderen Kliniken, Ärztinnen/Ärzten erhalten, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierzu Ihre Einwilligung gegeben haben.

- Patientenaufnahme
- Führung der Krankengeschichte
- Behandlungen
- Abrechnungen



Unabhängige Bearbeiter
Ihre Personendaten und Ihre Patientendaten übermitteln wir nur an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.



Kein Profiling
Wir analysieren weder Ihr Verhalten noch treffen wir Annahmen über Ihre Interessen und Vorlieben.

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Widerspruch
- Recht auf Löschung
- Recht auf Datenherausgabe
- Recht auf Datenübertragung



Einwilligung zur Datenbearbeitung und Weitergabe an Dritte

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten und dem Zugriff darauf durch die Klinik und seine Mitarbeitenden einverstanden bin.

Im Rahmen der Behandlung und der damit verbundenen administrativen Abläufe ist es notwendig, gewisse Informationen mit ausgewählten Dritten auszutauschen. Bei diesen Dritten kann es sich um Fachpersonen oder Organisationen handeln, die zur bestmöglichen Behandlung oder zur Erfüllung gesetzlicher Vorgaben beitragen. Im erforderlichen Umfang bin ich auch damit einverstanden, dass die notwendigen Daten an die folgenden Empfänger (evtl. nicht abschliessend) weitergegeben werden können, bzw. müssen:

- Laboratorien, Röntgen
- andere nachbehandelnde Ärzte oder Therapeuten
- zuweisende Ärzte oder Kliniken
- Apotheken
- Behörden
- Versicherungen

Die Weitergabe der Daten an Dritte gilt insoweit und für diese Zwecke auch als Entbindung vom Berufsgeheimnis nach Art. 321 StGB.



E-Mail-Korrespondenz

Die E-Mail-Korrespondenz ist bei uns verschlüsselt. Wir nutzen die Schweizer Branchenlösung im Gesundheitswesen HIN. Als HIN Mitglied setzen wir mit verschlüsselten E-Mails den gesetzlich geforderten Datenschutz und bewahren das Patientengeheimnis.

Nur auf besonderen Wunsch und nach Rücksprache kann im Einzelfall auch unverschlüsselt erfolgen. Die unverschlüsselte Korrespondenz erfordert kein Passwort, birgt aber mögliche Risiken für den Austausch von Personen- und Gesundheitsdaten, wie die mögliche Kenntnisnahme durch unbefugte Dritte bei unsicheren Kommunikationswegen. Alternativ können Sie die Korrespondenz auch per Post erhalten.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällige weitere mündliche Erklärungen willige ich mit meiner Unterschrift in die datenschutzkonforme Bearbeitung und Weitergabe meiner Personendaten, soweit erforderlich, ein. Ich nehme ferner zur Kenntnis, dass meine Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgten Bearbeitung berührt wird. Der Widerruf bedarf ebenso wie diese Einwilligung der Schriftform.



Datum _____



Unterschrift: _____



Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Website. Scannen Sie dafür den QR-Code oder fragen Sie nach einem ausgedruckten Exemplar.

