



ÄRZTEKASSE

CAISSE DES MÉDECINS



CASSA DEI MEDICI

Bitte in Blockschrift ausfüllen | Veuillez remplir en majuscules
Si prega di scrivere in stampatello | Please complete in block letters

Name, Vorname | Nom, Prénom | Cognome, Nome | Name, First name

Ledigname | Nom de jeune fille | Cognome da nubile | Maiden name

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località | Zip code, City

Nationalität | Nationalité | Nazionalità | Nationality

Beruf, Arbeitgeberin/Arbeitgeber | Profession, Employeur
Professione, Datore di lavoro | Occupation, Employer

Zuweisende/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/-arzt | Médecin traitant
Medico curante | Referring / family physician

Krankenkasse / Versicherung | Caisse maladie / Assurance
Cassa malati / Assicurazione | Health insurance company

Geburtsdatum | Date de naissance
Data di nascita | Date of Birth

Geschlecht | Sexe
Sesso | Gender

Zivilstand | Etat-civil | Stato civile | Marital Status

Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato | Private phone

Mobile

Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Tel. ufficio | Professional phone

E-Mail

AHV-Nr. | N° AVS | N° AVS | AVS no.

Versichertenkarten-Nr. | N° de carte d'assuré/e
N° tessera d'assicuratio | Insurance card no.

Zusatzversicherung | Assurance complémentaire | Assicurazione complementare | Supplementary insurance

Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse) | Adresse de facturation (si différente de l'adresse)
Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo) | Billing address (if not identical to address)

Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.) | Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.)
Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.) | Person to be notified, if necessary (name, phone)

Vertretung | Représentation | Rappresentazione | Representation

Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Personalien | À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données
personnelles ci-dessus | Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra | Please fill in if given and not
identical with above personal data

Gesetzlicher Vertreter | Représentant légal
Rappresentante legale | Legal representative

Vormund / Beistand | Tuteur / curateur
Tutore / Avvocato | Guardian / Advocate

Vollmacht | Procuration | Procura | Power of attorney

Eltern | Parents | Genitori | Parents

Institution | Institution | Istituzione | Institution

Vorname | Prénom | Nome | First name

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

Mobile

Name | Nom | Cognome | Name

PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località | Zip code, City

E-Mail

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen /
Patienten voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen,
sind Sie gehalten, die nachfolgende Einwilligung auf der Rückseite mittels
Unterschrift zu bestätigen.

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden,
können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um recht-
zeitige Information.

Bitte wenden

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die Ärztin / den Arzt oder die Therapeutin / den Therapeuten sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Labordaten	Patientendaten zusammen mit Blut, Urin, Stuhl, Mikrobiologie, Histologie	Labor, weitere Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Spitäler	Abklärungen und medizinische Verarbeitung inkl. Analyse
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung/Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Praxisintern sowie Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Ärztelasse Genossenschaft und von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie gewählte Software- oder Praxisinformations- Anbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie IT-Entwicklung und für Bonitätsprüfungen
Behandlungs- und Abrechnungsdaten	Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztegesellschaften	Gesetzliche Eingabepflichten, Tarifverhandlungen / Modellberechnungen
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung.	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Weitergabe Daten

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt oder meiner Therapeutin / meinem Therapeuten und mir als Patientin / Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen. Auch hinsichtlich der Verwendung von QR Codes und für Rezepte oder Arztzeugnisse mit digitaler oder elektronischer Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis. Grundsätzlich werden meine Daten von der Ärztekasse für die Kernanwendungen ausschliesslich in der Schweiz gespeichert. Zum Zwecke der Bonitätsprüfung können meine Personendaten an die Inkasso Med AG / Intrum AG weitergeleitet und können dort gespeichert werden.

Rechnungsverarbeitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung

auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnungsstellung direkt an die Krankenkasse). Zur Vereinfachung erfolgt die Mitteilung zur Rechnungskopie (nur im Tiers Payant) auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse, wobei der Name meiner Ärztin / meines Arztes, meiner Therapeutin / meines Therapeuten bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird. Ich bin daher einverstanden, dass solche Kopien sowie auch administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen über meine angegebene E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Zahlungsverzug

Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringende kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungsverzugs. Details zu den Gebühren bei Zahlungsverzug finden sich unter folgendem Link: www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. Praxis. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

☐ Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht.

Datum | Date | Data | Date

Unterschrift | Signature | Firma | Signature