

Patientenanmeldung und Einwilligungsf formular

Sehr geehrte Damen und Herren

Ihre Gesundheit ist uns wichtig. Im Rahmen unserer ärztlichen Betreuung sind wir für eine erfolgreiche und effiziente Behandlung auf einen Austausch von Informationen mit anderen Ärzten, Pflegefachpersonen sowie weiteren Gesundheitsfachpersonen und Gesundheitsinstitutionen angewiesen. Aus diesen Gründen ist es notwendig, dass die an Ihrer Pflege und Behandlung beteiligten Personen Informationen über Ihre Gesundheit (allgemeine Personendaten und Gesundheitsdaten) austauschen. Zudem benötigt Ihre Versicherung Angaben zu den von uns für Sie erbrachten Gesundheitsleistungen, um eine Kostenübernahme zu prüfen sowie um unsere Rechnungen, die durch einen Rechnungsstellungsbeauftragten erfolgen, nachvollziehen und überprüfen zu können.

In der Regel können wir unsere Behandlungsleistungen ohne den beschriebenen Datenaustausch gar nicht fachgerecht und entsprechend unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erbringen. Ergänzend fragen wir nachstehend um Ihre Einwilligung.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Emeda AG,

- **Auskünfte** zu Ihren Gesundheitsdaten (z.B. Krankenakten, Austrittsberichte), die im Einzelfall zur Sicherstellung der fachgerechten Behandlung notwendig sind, bei vor oder parallel behandelnden Ärzten einzuholen. Wenn wir die Behandlung von einem vorbehandelnden Arzt oder Ärztin übernehmen (z.B. als Hausarzt oder Hausärztin), dann können wir die Übergabe der Krankengeschichte verlangen. Gleichzeitig entbinden Sie diesen oder diese dann von der gesetzlichen und vertraglichen Aufbewahrungspflicht;
- Ihre allgemeinen Personendaten und Gesundheitsdaten – so weit zur Pflege und Behandlung notwendig (z.B. Pflegakten) – **intern** unter Gesundheitsfachpersonen im Heim sowie **extern** mit behandelnden Gesundheitsfachpersonen und Institutionen (z.B. Spitälern, Fachärzten, Physiotherapeuten oder Apothekern) **auszutauschen**;
- Ihre allgemeinen Personendaten und Gesundheitsdaten an Ihre Kranken-, Unfall- oder Zusatzversicherung sowie allenfalls Sozialbehörden weiterzugeben,

damit die Versicherungsgesellschaften eine Kostenübernahme prüfen und unsere Rechnungen nachvollziehen sowie überprüfen können;

- die für die Rechnungsstellung erforderliche Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder der damit befassten Rechtswirtschaft, sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Wir nehmen den Datenaustausch gestützt auf Ihre Einwilligung vor, soweit keine andere Rechtsgrundlage gilt.

Widerruf: Sie können eine erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt. Ein Widerruf kann zu Leistungseinschränkungen führen.

Weitere Informationen zu unserem Umgang mit Ihren allgemeinen Personendaten und Gesundheitsdaten finden Sie in der Datenschutzerklärung für Patientinnen und Patienten. Diese ist auf unserer Website <https://emeda.ch> abrufbar und bei Emeda als Kopie erhältlich. Bei Fragen, wenn Sie mit dem Datenaustausch teilweise nicht einverstanden sind oder wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen möchten, informieren wir Sie gerne ergänzend.

Name, Vorname Patient/-in: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/-in: _____

Unterschrift vertretungs-
berechtigte Person: _____

Name, Vorname vertretungs-
berechtigte Person: _____