

EMPFEHLUNGEN DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG.

Allgemeines / Einleitung

Die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB), die einer Versicherungspolice zugrunde liegen, regeln in vielen Fällen die Bearbeitung und Weitergabe von Managed-Care-relevanten Daten. Da diese AVB durch die Versicherer einseitig geändert werden können und nicht zwingend sämtliche Datenflüsse erfassen, empfiehlt iNOCARE, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung, um spezifische Inhalte zu erweitern und insbesondere die relevanten Datenbearbeitungen explizit zu regeln.

Standardisierte Musterformulare – etwa jene, die über Softwareanbieter oder Landesorganisationen bereitgestellt werden – berücksichtigen Datenflüsse im Zusammenhang mit **Managed Care** oder **Versorgungsprogrammen** in der Regel nicht oder nur unzureichend.

Datenerhebungen im Bereich Managed Care und Versorgungsprogramme

Für die Teilnahme an sogenannten alternativen Versicherungsmodellen (AVM) wie Managed Care, Hausarztmodellen, Multicare oder HMO werden nebst Diagnose und Behandlungsdaten **koordinationsbezogene Daten** wie Überweisungen und Verstossmeldungen erfasst und weitergegeben. Zusätzlich umfasst die Teilnahme an datenbasierten **Versorgungsprogrammen** – etwa im Rahmen von Chronic Care Management (CCM), Assessments oder präventiven Angeboten – die Erhebung administrativer sowie gesundheitsbezogener Daten.

Empfohlene Formulierungen in Bezug auf Patientendaten:

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Patientendaten	Diagnose- und Behandlungsdaten, koordinationsbezogene Informationen wie Überweisungen und Verstossmeldungen	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept), praxisintern, Managed Care-Systeme (z. B. Netzwerke, Koordinationsstellen, beteiligte Leistungserbringer, vertraglich gebundene Krankenkassen, IT- oder Dienstleistungspartner), Abrechnungsdienstleister, Anbieter und Dienstleister von Versorgungsprogrammen (inkl. Krankenkassen, nur in anonymisierter oder pseudonymisierter Form)	Dokumentation, Rechnungsstellung, Koordination der Behandlung im Zusammenhang mit alternativen Versicherungsmodellen, Qualitätssicherung, Teilnahme an Versorgungsprogrammen (z. B. CCM, Prävention, Assessments), statistische Auswertungen

Musterformular Ärztekasse

Ä
K
ÄRZTEKASSE

C
M
CAISSE DES MÉDECINS

C
M
CASSA DEI MEDICI

Logo oder Stempel der Praxis / Arzt

Seite 1/2

Deutsch / Allemand / Tedesco / German

Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

<p>Name, Vorname Nom, Prénom Cognome, Nome Name, First name</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Geburtsdatum Date de naissance Data di nascita Date of Birth</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Geschlecht Sexe Sesso Gender</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M </p>
<p>Ledigname Nom de jeune fille Cognome da nubile Maiden name</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Zivilstand Etat-civil Stato civile Marital Status</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>Adresse Adresse Indirizzo Address</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Tel. privat Tél. privé Tel. privato Private phone</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>PLZ, Wohnort NPA, Localité NPA, Località Zip code, City</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Mobile</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>Nationalität Nationalité Nazionalità Nationality</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Tel. Geschäft Tél. professionnel Tel. ufficio Professional phone</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber Profession, Employeur Professione, Datore di lavoro Occupation, Employer</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>E-Mail</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt Médecin traitant Medico curante Referring/family physician</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>AHV-Nr. N° AVS No AVS AVS no.</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>Krankenkasse / Versicherung / Unfallversicherung Caisse maladie / Assurance / Assurance accidents Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione infortuni Health insurance / Insurance / Accident insurance</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Versicherungsart (MC, Hausarztmodell) Type d'assurance (MC, modèle du médecin de famille) Tipo di assicurazione (MC modello del medico di famiglia) Type of insurance (MC, general practitioner model)</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>Versichertenkarten-Nr. N° de carte d'assuré-e No tessera d'assicuratio Insurance card no.</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Zusatzversicherung Assurance complémentaire Assicurazione complementare Supplementary insurance</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	
<p>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)</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>		
<p>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)</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>		

Vertretung | Représentation | Rappresentanza | 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

<p><input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter Représentant légal Rappresentante legale Legal representative</p>	<p><input type="checkbox"/> Vormund / Beistand Tuteur / curateur Tutore / Avvocato Guardian / Advocate</p>
<p><input type="checkbox"/> Vollmacht Procura Procura Power of attorney</p>	<p><input type="checkbox"/> Eltern Parents Genitori Parents</p>

Institution | Institution | Istituzione | Institution

<p>Vorname Prénom Nome First name</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>Name Nom Cognome Name</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<p>Adresse Adresse Indirizzo Address</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>PLZ, Wohnort NPA, Localité NPA, Località Zip code, City</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>
<p>Mobile</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>	<p>E-Mail</p> <input style="width: 95%;" type="text"/>

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 mittels Unterschrift zu bestätigen.

Unterschrift | Signature | Firma | Signature _____

VZ_064

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die vorgenannte Ärztin / den vorgenannten Arzt oder die Therapeutin / den Therapeuten und in der Praxis sowie mit 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 und Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung
Patientendaten	Diagnose- und Behandlungsdaten	Weitere Ärztinnen / Ärzte, Therapeutinnen / Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept), Praxisintern und Managed Care Systeme sowie Dienstleister im Abrechnungswesen	Dokumentation, Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
Rechnungsstellung, Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Ärztelkassen 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	Grundsätzlich anonymisierte oder pseudonymisierte Daten	Öffentliche Register, Statistikbehörden sowie Trust Center und FMH, Ärztesellschaften	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. Überdies bevollmächtige ich meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt bzw. Therapeutin / Therapeuten, medizinische Unterlagen und Dokumente über mich bei anderen Ärztinnen und Ärzten sowie Spitälern einzuholen. 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 dort gespeichert werden, wenn dies von der behandelnden Leistungserbringerin / vom behandelnden Leistungserbringer vorgesehen ist.

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 beziehen. 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, die 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. Die Daten werden grundsätzlich 20 Jahre aufbewahrt, ohne ausdrückliche Mitteilung der Patientin / des Patienten können die medizinischen Unterlagen auch länger aufbewahrt werden.

Termine, die vorgängig nicht abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

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

Datum | Date | Data | Date

Unterschrift | Signature | Firma | Signature