

Einwilligungserklärung / Patientenformular

Vorname	Nachname
Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Notfall-Kontaktadresse und -Telefon	
Zuweiser/-in	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
AHV-Nummer	
Ambulante Zusatzversicherung ☐ ja ☐ nein bei	
Spitalbehandlung ☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat ☐ Selbstzahler	

Erziehungsberechtigte / Vormund (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGB) ELZA Institute AG

1. ELZA Institute AG rechnet grundsätzlich direkt mit der Krankenkasse ab, wobei die Rechnungs-Daten elektronisch via MediData versendet werden. Patienten erhalten jeweils eine Rechnungskopie. Patienten, die die Rechnung direkt erhalten möchten, wenden sich bitte an das Praxispersonal.
2. Für Terminversäumnisse und kurzfristige Absagen weniger als 24h vor dem vereinbarten Termin müssen wir die Unkosten in Rechnung stellen. Terminabsagen können per Mail oder Telefon erfolgen. Bei Behandlungsterminen mit Selbstzahlerleistung (ästhetische Behandlung) werden die Hälfte der Behandlungskosten und für alle anderen Leistungen Fr. 100.- in Rechnung gestellt. Dabei fällt mit der 2. Mahnung eine Mahngebühr von Fr. 30 und mit der 3. Mahnung von Fr. 50 an.
3. Selbstzahler-Leistungen nicht-kassenpflichtige Medikamente müssen direkt nach der Behandlung gegen Quittung gezahlt werden (wir akzeptieren Bargeld, Debit- und Kreditkarten). Selbstzahler-Operationen werden bis spätestens 5 Arbeitstage vor dem Operationstermin bezahlt.
4. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriff auf die Daten durch den Arzt sowie die Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformationen auf der folgenden Seite 3 einverstanden bin.
5. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder im Falle eines Rechtsstreits den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.
6. Ich wünsche Rechnungen oder Rechnungskopien elektronisch übermittelt.
☐ Ich stimme zu ☐ Ich stimme nicht zu
7. 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 ELZA Institute AG und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden von der ELZA Institute AG ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.
☐ Ich stimme zu ☐ Ich stimme nicht zu

Ich habe das Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt und erkläre mich mit den AGB einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die ELZA Institute AG Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Verantwortlichkeiten Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die ELZA Institute AG. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

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

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

Widerruf Ihrer Einwilligung Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Recht auf Datenübertragung Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

Berichtigung Ihrer Angaben Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.