



Nachfolgend „mein Arzt“ genannt

Personalien-Angaben und Einverständnis-Erklärung

Bitte füllen Sie das Formular in gut lesbarer Blockschrift aus – Bei Fragen stehen wir gerne zur Verfügung

Name		Geburtsdatum	
Vorname			<input type="checkbox"/> Frau / Mädchen <input type="checkbox"/> Herr / Knabe <input type="checkbox"/> divers
Strasse			Nr
PLZ	Ort		
☛ Handy / Natel / Mobile (Angabe ist zwingend für Rechnungskopie, ev. Handy-Nummer von Angehörigen oder Vertrauensperson)			
Telefon Privat		Telefon Geschäft	
☛ Email		@	
(Angabe ist zwingend für Rechnungskopie, ev. email-Adresse von Angehörigen oder Vertrauensperson)			
Beruf			
☛ Arbeitgeber			
Hausarzt/Hausärztin (ich bin einverstanden mit der Berichterstattung an meinen Hausarzt/ meine Hausärztin über wesentliche Befunde)			
Optiker			
☛ Krankenkasse (nur Grundversicherung nach KVG)			
☛ Allgemeine Versicherten Nr. (neue AHV Nr.) . . . / / / . .			
Bei Kindern (<16 Jahre): Angaben zur erziehungsberechtigten Person (gesetzlicher Vertreter) / Eltern			
Name		Geburtsdatum	
Vorname		Beruf	

Mein Arzt (Firma Ophtha OW AG, Augenarzt Obwalden, Sarnen) ist ermächtigt meine medizinischen Unterlagen bei anderen Ärzten, Spitälern oder Institutionen anzufordern, wenn dies für meine Behandlung und Betreuung von Wichtigkeit ist. Ich entbinde hiermit die entsprechend angefragten Stellen auch vom Berufsgeheimnis. Ebenso darf mein Arzt anderen Ärzten, Spitälern oder Institutionen (z.B. Pflegeheim), insbesondere zuweisenden oder nachbehandelnden Ärzten, Spitälern oder Stellen (z.B. Spitex), seine Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse sowie Beurteilungen weitergeben. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt oder von ihm beauftragten Personen oder Firmen sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. 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 meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege (HIN-verschlüsselt) weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen. Ich bin mit der administrativ kostengünstigeren und einfacheren direkten elektronischen Rechnungsstellung an meinen Versicherer (Tiers payant) einverstanden. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass die jeweiligen Rechnungskopien durch mich bei meinem Arzt jederzeit abgeholt werden können. Ich kann zusätzlich eine Rechnungskopie per gesicherter email erhalten (Angabe eigene email und Mobilnr. oder von Vertrauensperson zwingend). Bei unabgemeldetem Nicht-Erscheinen zum vereinbarten Termin kann die verpasste Konsultation in Rechnung gestellt werden, Abmeldungen müssen min. 24h (werktags) vor dem Termin per Telefon oder email erfolgen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Nachfolgend „mein Arzt“ oder „Arztpraxis“ genannt

Patient:Innen-Information zum Umgang mit Personendaten (angepasst aus der Wegleitung zum Datenschutz der FMH)

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) 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 Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal.

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, Therapieempfehlungen 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.

Backup/Sicherung Ihrer Daten – Die Daten der Arztpraxis liegen ausschliesslich auf Datenträgern welche sich physisch in der Schweiz befinden und die mit Massnahmen welche «best practice» entsprechen gegen Datendiebstahl gesichert sind.

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 (s. vorhergehende Seite letzter Abschnitt).

Die Übermittlung von Daten an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt nur zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben. Die Übermittlung erfolgt immer verschlüsselt.

Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten (z.B. Krebsregister-Einträge oder im Falle von meldepflichtigen Erkrankungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Spitäler, andere Ärzte, Versicherer bei Antrag auf Lebens-/Zusatzversicherung etc.).

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 briefschriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren briefschriftlichen 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 elektronische Kopie verlangen (z.B. letzte Befunde als pdf Datei).

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 (bei uns pdf) 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 dies für die Arztpraxis technisch machbar ist. Eine Übermittlung der letzten Befunde als pdf Datei ist sicher möglich.

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.

Bei Fragen oder Unklarheiten stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Die obenstehende schriftliche Aufklärung erfolgt um die gesetzlichen Anforderungen des totalrevidierten Datenschutzgesetzes (vom 1.9.2023) zu erfüllen. Am bereits bisher immer sehr sorgfältigen Umgang mit Ihren Daten durch unsere Praxis ändert sich letztlich dadurch nichts.