



Patienteninformation zum Umgang mit Patientendaten

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die behandelnde Zahnärztin/ Prophylaxeassistentin/ Dentalhygienikerin oder Dentalassistentin sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin.

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungsstellung, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere Ärztinnen/ Ärzte, Zahnärztinnen / Zahnärzte, Therapeutinnen/ Therapeuten, Spitäler, Apotheken, Versicherungen, Ämter	Gezielte Information zu den effizienten weiteren Abklärungen/ Behandlung
Patientendaten	Gezielte Information zu den effizienten weiteren Abklärungen/ Behandlung	Weitere Ärztinnen/ Ärzte, Zahnärztinnen / Zahnärzte, Therapeutinnen/ Therapeuten, Spitäler, Apotheken, Versicherungen, Ämter sowie Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation Rechnungsstellung
Labordaten	Patientendaten zusammen mit der Histopathologie	Histopathologie Labor	Abklärungen und medizinische Verarbeitung
Abformungen	Scans/ Fotos/ Abdrücke	Zahntechnisches Labor	Weiterverarbeitung der Abformungen
Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie gewählte Software- oder Praxisinformations- Anbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

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.

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 behandelnden Gesundheitsfachperson und mir als Patientin/Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen.

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

Ort, Datum _____

Unterschrift _____