

## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Patient:innen

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenübermittlungen			
Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Abrechnung	Fakturierung Patienten, Buchhaltungsdaten	Trust Center	Abrechnung Patienten über Trustcenter
Anamnesedaten, Impfungen, Medikation, Messergebnisse	Anamnesedaten, Impfungen, Medikation, Messergebnisse	Teilweise externes Schreibbüro	Schreiben von Berichten
Befunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Verdachtsdiagnose, Laborergebnisse	Dritte Dienstleistungserbringer inkl. Vertrauensärzte	im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken, radiologische Institutionen) und für den Beizug von Spezialisten („Konsilium“)
Labordaten	Biologische Daten (z. Bsp. Blut, Urin etc.)	Labore	Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien

Alle darüber hinausgehenden personenbezogenen Daten sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Ich nehme überdies zur Kenntnis, dass die gegenständliche Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Wir bitten Sie, keine Wertgegenstände unbeaufsichtigt zu lassen. Für Diebstähle und Verluste von persönlichen Dingen übernimmt die Orthoprax AG keine Haftung. Vereinbarte Sprechstundentermine sind verbindlich und Sie werden von uns ca. 24 Stunden im voraus per SMS erinnert. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, sich mindestens 24 Stunden vorher bei uns abzumelden. Bei kurzfristigen Abmeldungen oder Nichteinhalten des Termins behalten wir uns vor, Ihnen pauschal CHF 80 in Rechnung zu stellen. Die Kosten für versäumte Sprechstundentermine werden von den Krankenversicherungen nicht übernommen. Sollte eine Person in Kontakt mit Ihrem Blut kommen, willigen Sie ferner zur Durchführung eines Tests auf durch Blut übertragbare Krankheiten ein.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung/Übermittlung meiner oben angeführten Daten ein.



Bern, 28.11.2023  
Ort, Datum

Max Kevin Muster  
oder gesetzlicher Vertreter