HIRSLANDEN
KLINIK BIRSHOF

ANGABEN ZU IHRER PERSON

BITTE RETOURNIEREN SIE DAS FORMULAR AN FOLGENDE ADRESSE: BIRSHOF.EMPFANG@HIRSLANDEN.CH

☐ **FRAU** ☐ **HERR**

NAME _____ VORNAME _____

GEBURTSDATUM _____ E-MAIL _____

STRASSE UND NR. _____ STEUERKANTON _____

PLZ UND WOHNORT _____ ZIVILSTAND _____ NATIONALITÄT _____

TELEFON MOBILE _____ TELEFON PRIVAT _____

TELEFON GESCHÄFT _____ AHV-NR. _____

HAUSARZT (ADRESSE) _____

ZUWEISENDER ARZT _____

Die Angaben Ihres zuweisenden Arztes und Ihres Hausarztes sind wichtig, damit die Klinik diese über den Verlauf Ihres Klinikaufenthalts informieren kann.

WER HAT SIE ZUM BEHANDELNDEN ARZT (BELEGARZT) DER KLINIK BIRSHOF ÜBERWIESEN?
☐ SPEZIALIST ☐ HAUSARZT ☐ SELBSTZUWEISUNG

SOLL DIE KLINIK DEN HAUSARZT INFORMIEREN? ☐ JA ☐ NEIN

BEHANDLUNG BEI _____ KÖRPERTEIL _____

☐ **KRANKHEIT**

GRUNDVERSICHERUNG KRANKENKASSE ☐ ALLGEMEIN WOHNKANTON ☐ ALLGEMEIN GANZE SCHWEIZ

NAME/ADRESSE _____

POLICE-NUMMER _____

ZUSATZVERSICHERUNG KRANKENKASSE ☐ HALBPRIVAT ☐ PRIVAT

NAME/ADRESSE _____

POLICE-NUMMER _____

☐ **UNFALL** ☐ Ich habe den Unfall/Rückfall bereits meiner Versicherung gemeldet

OBLIGATORISCHE UNFALLVERSICHERUNG ☐ ALLGEMEIN

NAME/ADRESSE _____

SCHADEN-NUMMER _____ POLICE-NUMMER _____

UNFALLDATUM _____

ZUSATZVERSICHERUNG UNFALLVERSICHERUNG ☐ HALBPRIVAT ☐ PRIVAT

NAME/ADRESSE _____

SCHADEN-NUMMER _____ POLICE-NUMMER _____

Bitte geben Sie uns die Angaben Ihrer Krankenkasse auch dann an, wenn die Kosten über die obligatorische Unfallversicherung laufen.

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

NAME, ADRESSE IHRES ARBEITGEBERS _____

ARBEITEN SIE MEHR ALS 8 STD. PRO WOCHE? ☐ JA ☐ NEIN

GESCHÄFTSADRESSE BEI SELBSTSTÄNDIGKEIT _____

NÄCHSTE ANGEHÖRIGE/GESETZLICHE VERTRETUNG

Person, mit der im Bedarfs-/Notfall Informationen ausgetauscht werden dürfen.

VERWANDTSCHAFTSGRAD _____

NAME _____ VORNAME _____

ADRESSE, PLZ, WOHNORT _____

TELEFON PRIVAT _____ TELEFON GESCHÄFT _____

HIRSLANDEN
KLINIK BIRSHOF

Liebe Patientin, lieber Patient

Dieses Formular bildet die vertragliche Grundlage für Ihre Behandlung. Ihre Rechte und Pflichten als Patientin oder Patient der medizinischen Einrichtung sind weitgehend gesetzlich geregelt (z. B. im kantonalen Patientengesetz). Die Behandlung kann durch angestellte oder selbstständige Ärztinnen und Ärzte, die in der medizinischen Einrichtung tätig sind, erfolgen. Es besteht eine getrennte Haftpflicht zwischen selbstständigen Ärzten und der Hirslanden-Gruppe.

Pflichtleistungen werden gemäss den gesetzlichen Grundlagen Ihrer Krankenkasse verrechnet. Bei Nichtpflichtleistungen oder bei fehlender Versicherungsdeckung gilt das Selbstzahlerprinzip. Als Versicherungsnehmer sind Sie für eine ausreichende Versicherungsdeckung verantwortlich und tragen das Kostenrisiko bei allfälligen Deckungseinschränkungen.

Wir erfassen, speichern und bearbeiten alle Daten, die uns von Ihnen zur Verfügung gestellt werden und die zur Erfüllung des Vertrags notwendig sind. Dabei können Patientendaten auch durch Begleitpersonen, Angehörige, Zuweiser, Vermittler oder Belegärztinnen und -ärzte übermittelt werden. Die für die Administration notwendigen persönlichen und medizinischen Daten werden an das Hirslanden Corporate Office, Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark, weitergegeben. Für das Inkasso, bei Forderungsabtretungen sowie im Fall von Streitigkeiten aus dem Behandlungsvertrag können Ihre Daten an Inkassostellen, beauftragte Dritte sowie an Behörden und Gerichte weitergegeben werden. Im Zusammenhang mit der Einholung einer Kostengutsprache, bei der Rechnungsstellung und bei nachgelagerten externen Behandlungen kann zudem eine Weitergabe Ihrer Patientendaten und Arztberichte an externe Stellen erforderlich werden.

Ihre medizinischen Daten, inkl. medizinischer Bilddaten, werden elektronisch gespeichert und können von anderen in Ihre Behandlung einbezogenen Ärztinnen und Ärzten sowie Belegärztinnen und Belegärzten, auch ggf. von anderen Kliniken oder Praxen der Hirslanden-Gruppe in der Schweiz, bei teleradiologischer Befundung von Radiologen in Nachbarländern der Schweiz eingesehen werden, wenn dies im Rahmen Ihrer Behandlung notwendig ist.

Wir unterliegen gesetzlich vorgeschriebenen Meldepflichten u. a. an medizinische Register, die uns auffordern, Personendaten anonymisiert z. B. an das Bundesamt für Statistik weiterzugeben. Auf kantonaler Ebene werden Daten in nicht anonymisierter Form an die Registerstellen (z. B. Krebsregistergesetz) weitergeleitet.

Nach Möglichkeit informieren wir Sie in der Radiologie per SMS oder E-Mail über anstehende Termine und stellen Ihnen Ihre Befunddaten per Web-Portal zur Verfügung. Wir empfehlen Ihnen, die Befunddaten mit der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt zu besprechen.

Zum Schutz der Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher sowie des Personals können Räumlichkeiten und Zugänge mit Video überwacht werden. Die Speicherung der Videoaufnahmen ist zeitlich befristet.

Ihre Radiologiedaten können zur Qualitätssicherung in anonymisierter Form analysiert und kontrolliert weitergegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Radiologiedaten für Forschungszwecke in anonymisierter Form ausgewertet werden können.

☐ Ja ☐ Nein

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an das medizinische Personal.

Sie können jederzeit unentgeltlich die Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für die Zukunft widerrufen oder Auskunft über die von uns zu Ihrer Person gespeicherten Daten oder Löschung verlangen, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen. Darüber hinaus besteht unter gewissen Voraussetzungen ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde. Bei Fragen oder Anliegen zum Datenschutz kontaktieren Sie uns unter datenschutz@hirslanden.ch.

Zuständig sind die Gerichte am Sitz der medizinischen Einrichtung. Anwendbar ist ausschliesslich Schweizer Recht.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verwendung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten zu den geschilderten Zwecken zu.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

senden*

* Bitte retournieren Sie uns das ausgefüllte Eintrittsformular ohne Unterschrift.
Die Unterschrift erfolgt am Empfang der Hirslanden Klinik Birshof.

02/20 bc medien ag