

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.

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____