

## Personalien

---

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail Privat \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Telefon mobil \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon Geschäft \_\_\_\_\_ E-Mail Geschäft \_\_\_\_\_

Name und Telefon Angehörige \_\_\_\_\_

Hausarzt und andere Spezialärzte \_\_\_\_\_

Krankenkasse (KK) \_\_\_\_\_ Vers.-Nummer \_\_\_\_\_

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### zur Akteneinsicht, Aktenweiterleitung, Schweigepflichtentbindung und (Bild-) Datenspeicherung

Hiermit ermächtige ich die Frauenpraxis Weinfelden AG, Bankstrasse 2, 8570 Weinfelden, meine medizinischen Akten und sämtliche erforderliche Patientendaten einzuholen und in meinem Interesse an weiter- und mitbehandelnde Ärzte und Spitäler weiterzuleiten. Ich entbinde die vorbehandelnden Medizinalpersonen in diesem Umfang von der medizinischen Schweigepflicht. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation der Arztpraxis (Auslage/Homepage) einverstanden bin. Die Patienteninformation liegt in der Praxis aus und ist auf der Homepage jederzeit abrufbar. 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 Ärztin / meinem Arzt und mir als Patientin durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

(wiederrufbar jederzeit mit Wirkung für die Zukunft)

**Bitte wenden**

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Abrechnung und Datenweiterleitung im Rahmen Debitoren- und Inkasso-Service

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_

Wir rechnen direkt mit Ihrer Krankenversicherung ab (Tiers payant). Sie erhalten wie gesetzlich vorgeschrieben eine Kopie der Arztrechnung. Dazu erteile ich meinem Arzt die Erlaubnis, Versichertendaten bei den zuständigen Stellen einzuholen. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an Medidata als rechnungsstellende wie auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen Trustcenter und staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass der Arzt die Abrechnung elektronisch via Medidata abwickelt. Die erteilte Zustimmung ist widerrufbar jederzeit mit Wirkung für die Zukunft.

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte wenden**

## Eigene Krankengeschichte

Erste Regelblutung im Alter von circa: \_\_\_\_\_ Jahren

Wechseljahre im Alter von circa: \_\_\_\_\_ Jahren

Ja    Nein    Notizen

Haben Sie Menstruationsbeschwerden?       

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften & Geburten?       

Falls ja, in welchen Jahren: \_\_\_\_\_

Spontan oder Kaiserschnitt: \_\_\_\_\_

Fehlgeburten/sonstige Schwangerschaften? \_\_\_\_\_

Gynäkologische Erkrankungen & Operationen?       

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits ein Bruströntgen (Mammographie)?       

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Kinderwunsch?       

Allgemeine Operationen?       

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Probleme mit der Blase oder dem Stuhlgang?       

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Verhüten Sie?       

Rauchen/Alkohol/Drogen?       

Allergien?       

Medikamente?       

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Allgemeine Erkrankungen?       

Bluthochdruck/Diabetes/Thrombosen/Embolien: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

## Familien-Krankengeschichte

Brustkrebs/Unterleibskrebs in der Familie?       

Falls ja, bei wem, was und welchen Alters: \_\_\_\_\_

Thrombosen/Lungenembolien?       

Diabetes?       

Bluthochdruck/Herzerkrankungen?       

Sonstige familiäre Erkrankungen?       

Genetische Erkrankungen?       

## Verschiedenes

Stichpunkte für unser Gespräch? \_\_\_\_\_

Was ist Ihnen wichtig bei der Arzt-Patienten-Beziehung? \_\_\_\_\_

## Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

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 oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

**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.

**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.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

**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 schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen 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 Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

**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 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 es technisch machbar ist.

**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.