

Kinder- und Jugendmedizin Medikon

Zürcherstrasse 35, 8620 Wetzikon

Tel. 043 495 31 82, E-Mail praxismedikon@hin.ch

Persönliche Angaben Kind (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
Für Patienten im Notfalldienst oder zugewiesene Patienten: Kinderarzt/-ärztin	

Persönliche Angabe Eltern

Mutter	Vater
Nachname	Nachname
Vorname	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Beruf	Beruf
Telefon/Mobile	Telefon/Mobile
Email	Email

Gesetzliche Vertretung, Pflegemutter/-vater (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Eltern)

Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und ich die Informationen zum Umgang mit Personendaten zur Kenntnis genommen habe.

Ich bin einverstanden, dass

im Einzelfall, abhängig von meiner Behandlung und soweit geeignet und erforderlich, eine Übermittlung von Daten an weitere Empfänger (z. B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte) erfolgt.

die Praxis mit mir betreffend Erkrankungen/Symptome, Diagnose, Prozedere, Arztbriefe, Versicherungsbriefe, Befunde der Bildgebung, Laborbefunde, Kopien von Arztrechnungen und andere gleichwertige Daten *elektronisch* über einen gesicherten (verschlüsselten) Kommunikationsweg (z. B. Hin-Global Mail) kommuniziert.

administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter Kommunikation (z. B. E-Mail, SMS, Messengerdienste (Whatsapp)) erfolgen. Dabei bin ich mir der Risiken dieses Datenaustausches (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten) bewusst.

Ort, Datum	Unterschrift Mutter/Vater
------------	---------------------------

**Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden.
Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.**

Einwilligungserklärung und Information 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.

Weitergabe der Daten Wir behandeln Ihre Daten unter Wahrung des Berufsgeheimnisses (Arztgeheimnis). Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder mit Ihrer Einwilligung.

Ich bin einverstanden, dass:

- Die Übermittlung an meine Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung zum Zweck der Abrechnung der mir gegenüber erbrachten Leistungen erfolgt. 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 Melderechte und -pflichten.

Ort, Datum	Unterschrift Mutter/Vater
------------	---------------------------

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 primär durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Weiter erhalten wir auch Daten von Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind und hierfür bereits Ihre Einwilligung gegeben haben.

Die Bearbeitung kann teilweise auch durch digitalisierte Systeme erfolgen, welche Künstliche Intelligenz (KI) zur Unterstützung medizinischer oder administrativer Prozesse einsetzen (z. B. zur Befundauswertung oder Terminorganisation).

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, Therapievorschlüsse und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie sicher gelöscht bzw. vernichtet.

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. Aus Gründen der Sicherheit und Rückverfolgbarkeit der medizinischen Betreuung bedarf jede Änderung der Krankengeschichte der Zustimmung der Ärztin/des Arztes. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.

Ort, Datum	Unterschrift Mutter/Vater
------------	---------------------------
