

Datenschutz Klient*innenformular

UNIKUM NUTRITION
Ernährungsberatung Laura Koch
Dörfli 1370, 8878 Quinten
koch@unnu.ch / info@unnu.ch
www.unnu.ch



Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

| | |
|---|------------------|
| Vorname: | Nachname: |
| Geschlecht: <input type="radio"/> m <input type="radio"/> w <input type="radio"/> d | Geburtsdatum: |
| Strasse & Nr. | PLZ & Wohnort: |
| Telefon-Nr. | E-Mail: |
| Krankenversicherung: | Versicherten-Nr. |

Datenverarbeitung:

Als Praxis legen wir grossen Wert auf Ihre Privatsphäre und verpflichten uns, die Vertraulichkeit und Sicherheit Ihrer persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten zu gewährleisten. Nachfolgend informieren wir Sie darüber, wie Ihre Daten von unserer Praxis erhoben, gespeichert und weitergegeben werden. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Datenerhebung und Zweck der Bearbeitung:

Im Rahmen Ihrer therapeutischen Behandlung erheben und verarbeiten wir personenbezogene Daten, darunter unter anderem Ihren Namen, Ihr Geburtsdatum, Ihre Kontaktinformationen, Ihre Krankengeschichte, Behandlungspläne und Fortschrittsberichte. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen.

Datensicherheit:

Wir nehmen die Sicherheit Ihrer Daten ernst und haben entsprechende technische und organisatorische Massnahmen getroffen, um diese vor unbefugtem Zugriff, Offenlegung oder Verlust zu schützen. Der Zugriff auf Ihre Daten ist ausschließlich autorisiertem Personal vorbehalten und alle Mitarbeiter werden regelmässig zu Datenschutzpraktiken geschult.

Datenaustausch mit Software von Drittanbietern:

Um Patientenakten effizient zu verwalten und unsere Abläufe zu optimieren, nutzen wir zur Verwaltung der Praxis ausgewählte Software-Lösungen von Drittanbietern. Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Daten in unserer Praxissoftware bearbeiten und speichern. Wir haben sehr sorgfältig seriöse Softwareanbieter ausgewählt haben, die auch die Datenschutzbestimmungen einhalten.

Dauer der Aufbewahrung:

Ihre Patientendaten werden während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Nach diesem Zeitraum werden Ihre Daten mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

Verantwortlichkeiten:

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist unsere Therapiepraxis.

Patientenrechte:

Sie haben bestimmte Rechte in Bezug auf Ihre Daten, einschliesslich des Rechts auf Zugriff, Berichtigung oder Löschung Ihrer personenbezogenen Daten innert 30 Tagen. Wenn Sie eines dieser Rechte ausüben möchten, kontaktieren Sie uns bitte über die am Anfang dieser Vereinbarung angegebenen Kontaktdaten.

Einwilligung zur Datenverarbeitung:

Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung erklären Sie, dass Sie unsere Datenverarbeitungspraktiken gelesen und verstanden haben und dass Sie der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe Ihrer persönlichen und gesundheitsbezogenen Daten, wie in diesem Dokument beschrieben, ausdrücklich zustimmen.

Übertragung von Daten per E-Mail**Einführung:**

Wir verpflichten uns als Praxis, die Privatsphäre und Sicherheit Ihrer persönlichen und sensiblen medizinischen Daten zu schützen. Im Rahmen unserer Verpflichtung zur Einhaltung der Datenschutzgrundverordnung (DSG) und anderer relevanter Datenschutzgesetze bitten wir Sie um Ihre ausdrückliche Zustimmung zur Übermittlung Ihrer Patientenrechnungen (oder Patientendaten per E-Mail, zu denen auch Ihre Krankenakten, Testergebnisse, Behandlungspläne usw. gehören können andere vertrauliche Informationen).

Zweck:

Der Zweck dieser Einwilligungserklärung besteht darin, Sie über den Umgang mit Ihren Patientendaten durch uns zu informieren und Ihre ausdrückliche Zustimmung zur Nutzung der unverschlüsselten E-Mail-Kommunikation für die Übermittlung dieser Informationen einzuholen.

Einwilligung zur Übermittlung von Patientendaten per unverschlüsselter E-Mail:

Ich, der Patient/Patientin*, erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass der oben genannte Gesundheitsdienstleister meine Patientendaten, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Rechnungen, Krankenakten, Testergebnisse, Behandlungspläne und andere vertrauliche Informationen, an die E-Mail-Adresse sendet, die ich bei der Registrierung angegeben habe, oder an eine aktualisierte E-Mail Adresse später angegeben.

Mir ist bewusst, dass das Senden von Patienteninformationen per unverschlüsselter E-Mail ein potenzielles Sicherheitsrisiko darstellt und dass es trotz aller Bemühungen des Gesundheitsdienstleisters zu unbefugtem Zugriff oder zum Abfangen von E-Mails kommen kann. Ich übernehme die volle Verantwortung für alle Risiken, die mit der Übermittlung meiner Patientendaten per unverschlüsselter E-Mail verbunden sind.

Widerruf der Einwilligung:

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmässigkeit, der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung berührt wird. Um meine Einwilligung zu widerrufen oder Fragen oder Bedenken bezüglich der Verarbeitung meiner Patientendaten zu haben, verstehe ich, dass ich den betreffenden Gesundheitsdienstleister unter den oben erwähnten Kontaktinformationen kontaktieren kann.

Vorratsdatenspeicherung:

Ich erkenne an, dass die Übermittlung meiner Patientendaten per unverschlüsselter E-Mail ausschließlich aus Zweckmäßigkeitsgründen erfolgt, und mir ist bekannt, dass der Gesundheitsdienstleister die Daten nicht über einen längeren Zeitraum im E-Mail-System speichert. Sobald die Informationen übermittelt oder angezeigt wurden, werden sie innert weniger Wochen aus dem E-Mail-System entfernt, um die Vertraulichkeit und Datensicherheit zu gewährleisten.

Datenschutz: Der Gesundheitsdienstleister versichert mir, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, um die Sicherheit und Vertraulichkeit meiner Patientendaten bestmöglich zu schützen.

Ich habe den Inhalt dieser Einwilligungserklärung gelesen und verstanden und erkläre mich ausdrücklich mit der Übermittlung meiner Patientendaten per unverschlüsselter E-Mail einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich des Weiteren, dass ich eine Kopie dieser Datenverarbeitungsvereinbarung erhalten habe.