

Dr. med. Arthur Bärtsch FMH Anästhesiologie

Informationen zum Datenschutz bzw. zur Datenweitergabe für alle Patienten, Beistände, Rechtsvertreter und Eltern von Patienten im Kindesalter

Mit dem neuen Datenschutzgesetz sind auch wir vermehrt verpflichtet, Sie über eine mögliche Weitergabe Ihrer Daten ausführlicher zu informieren.

Da wir Narkosen durchführen, brauchen wir, abhängig von den Angaben im Patientenfragebogen, Untersuchungsberichte oder Laborbefunde von Hausärzten und/oder Spezialisten. Sollte das bei Ihnen der Fall sein, kontaktieren wir Sie, damit Sie als Patient oder dessen Vertreter diese Befunde für uns einfordern können. Da Sie Eigentümer Ihrer Daten sind, braucht es dazu zwingend Ihren Auftrag, bzw. Ihr Einverständnis.

Wir speichern Ihre persönlichen Daten und die dazugehörigen ärztlichen Dokumente, so wie das von uns verlangt wird, 10-20 Jahre lang. Wir geben ohne Ihr Einverständnis keine Dokumente oder Daten weiter.

Die Rechnungsstellung und das Inkasso übernimmt für die praxisnarkose.ch die Ärztekasse. Von dort erhalten Sie die Rechnung für unsere ärztliche Leistung. Damit die Ärztekasse diesen Auftrag erfüllen kann, müssen wir an sie Ihre Daten bezgl. Versicherungen, Adresse, Geburtsdatum und Behandlungstag bzw. Behandlungsgrund weitergeben. Die Ärztekasse wird bei Nichtbegleichen der Rechnung die notwendigen Daten auch an das von ihr beauftragte Inkassounternehmen weiterleiten. Wir geben an die Ärztekasse nur die unbedingt notwendigen Daten weiter und nichts, was nicht direkt zur Abrechnung nötig ist.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden. Sollten Sie die Datenweitergabe ablehnen, können wir Ihnen nur eine Privatrechnung mit Barzahlung vor Ort als Alternative anbieten.

Weitere Einzelheiten zum Umgang mit Ihren Daten können Sie auf unserer homepage finden oder bei der Ärztekasse erfragen.

Einwilligung zur Datenweitergabe an die Ärztekasse.

Ich erkläre mich hiermit mit der Datenweitergabe an die Ärztekasse und gegebenenfalls an die von ihr beauftragten Inkassounternehmen einverstanden. Geht die Rechnung direkt an eine Versicherung oder Krankenkasse, bin ich auch mit der direkten Abrechnung des entsprechenden Leistungsträgers einverstanden.

Name Patient

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschrift Rechtsvertreter