

Einwilligungserklärung / Patientenformular

Version 03/2023 basierend auf Empfehlung der FMH

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Telefon privat	E-Mail privat
Telefon mobile	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Angaben)

Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel privat	E-Mail privat
Tel mobile	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch das medizinische Fachpersonal (Arzt, Ärztin, MPA's, Lernende) der Arztpraxis medprax GmbH sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss dem Informationsschreiben **«Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten»** einverstanden bin.

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 der Arztpraxis und mir als Patient/in 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.

Ruswil,

Unterschrift