

Formular për pacientët me deklaratë miratimi sipas së drejtës për mbrojtjen e të dhënave

Mbiemri, emri | Name, Vorname | Nom, Prénom | Cognome, Nome

Mbiemri i vajzërisë | Ledigname | Nom de jeune fille | Cognome da nubile

Adresa | Adresse | Adresse | Indirizzo

Kodi postar, vendbanimi | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

Kombësia | Nationalität | Nationalité | Nazionalità

Profesioni, punëdhënësja / punëdhënësi | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber
Profession, Employeur | Professione, Datore di lavoro

Mjekja dërguese / mjeku dërgues / mjekja e familjes / mjeku i familjes
Zuweisende/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/-arzt | Médecin traitant | Medico curante

Arka e sigurimit shëndetësor / sigurimi / sigurimi ndaj aksidenteve
Krankenkasse / Versicherung / Unfallversicherung | Caisse maladie / Assuranc-
ce / Assurance accidents | Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione infortuni

Nr. i kartës së sigurimit | Versichertenkarten-Nr.
N° de carte d'assuré-e | No tessera d'assicuratio

Adresa e faturës (nëse nuk është identike me adresën) | Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)
Adresse de facturation (si différente de l'adresse) | Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)

Personi që duhet të njoftohet në rast urgjent (emri, tel.) | Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)
Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.) | Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.)

Përfaqësimi | Vertretung | Représentation | Rappresentanza

Ju lutemi, mbusheni, nëse është rasti dhe nuk është identike me të dhënat personale të lartpërmendura | Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Personalien | À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus | Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra

Përfaqësuesi ligjor | Gesetzlicher Vertreter
Représentant légal | Rappresentante legale

Autorizim | Vollmacht | Procura | Procura

Kujdestari / përfaqësues zyrtar | Vormund / Beistand
Tuteur / curateur | Tutore / Avvocato

Prindërit | Eltern | Parents | Genitori

Instituti | Institution | Institution | Istituzione

Emri | Vorname | Prénom | Nome

Adresa | Adresse | Adresse | Indirizzo

Celulari | Mobile

Mbiemri | Name | Nom | Cognome

Kodi postar, vendbanimi | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

E-Mail

Ligji për mbrojtjen e të dhënave parashikon parimisht që përpunimi i të dhënave shëndetësore ka si parakusht pëlqimin e dhënë shprehimisht të pacienteve / pacientëve. Për ta përbushur këtë kusht, ju duhet ta konfirmoni pëlqimin e mëposhtëm në faqen e prapme me nënshkrimin tuaj.

Unë konfirmoj shprehimisht që pajtohem me përpunimin e të dhënave të mia, qasjen në këto të dhëna nga mjekja / mjeku i lartpërmendur terapeutja / terapeuti dhe në ambulancë dhe përcjelljen e mëtejshme të këtyre të dhënave te marrësit e mëposhtëm.

Kategoria e të dhënave	Përshkrimi i të dhënave	Marrësit	Qëllimi
Të dhënat e laboratorit	Të dhënat e pacientit së bashku me gjakun, urinën, feçen, mikrobiologjinë dhe histologjinë	Laborator, mjekte të tjera / mjekë të tjerë, terapistet / terapeutë, spitale	Sqarime dhe përgatitje mjekësore duke e përfshirë analizën
Të dhënat e përfundimit	Përfundime të analizave dhe historia e sëmundjes	Mjekte të tjera / mjekë të tjerë, terapistet / terapeutë, spitale dhe personeli shëndetësor dhe institucione shëndetësore, farmaci (e-recetë)	Informacione të pikësnyuara për sqarimin / trajtimin e mëtejshëm në mënyrë efikase
Të dhënat e pacientit	Të dhënat e diagnozës dhe trajtimit	Mjekte të tjera / mjekë të tjerë, terapistet / terapeutë, farmaci (duke përfshirë e-recetën), brenda ambulancës si dhe ofruar të shërbimeve të kontabilitetit	Dokumentacioni Faturimi
Të dhënat bazë dhe të trajtimit	Të dhënat për caktimin, trajtimin dhe faturën	Ofrues për shërbime të faturimit, kompani sigurimi	Përpunimi për faturimin
Faturimi dhe të dhënat e llogaritjes dhe faturimit	Faturimi i trajtimit dhe i shërbimeve mjekësore, paralajmërimi dhe përpunimi i mëtejshëm i faturës	Ärztelkasse Genossenschaft dhe organi i zgjedhur për inkasim nga ambulanca si dhe ofruar të zgjedhur të softuerit ose informacioni për ambulanca dhe mbështetje në TI	Faturimi sipas përcaktimeve ligjore dhe kontraktuale si dhe zhvillimi i TI-së dhe kontrolli i aftësisë paguese
Të dhënat e trajtimit dhe faturimit	Të dhëna në parim të anonimizuara dhe pseudonimizuara	Regjistrat publikë, autoritetet e statistikave si dhe Trust Center dhe FMH (Swiss Medical Association), shoqatat mjekësore	Kërkesat ligjore të futjes, bisedime për tarifa / llogaritjet e modeleve
Të dhënat financiare dhe të faturimit	Të dhënat për faturimin dhe mbajtja e kontabilitetit të rregullt	Kontabiliteti dhe ofruar të shërbimit të faturimit	Bërja e faturave dhe kontabiliteti

Përcjellja më tej e të dhënave

Jam i vetëdijshëm për rreziqet e mundshme të shkëmbimit të të dhënave personale me vlerë të veçantë për t'u mbrojtur (shikimi i mundshëm nga persona të tretë të paautorizuar në rastin e kanaleve të pasigurta të komunikimit) si dhe për të drejtat e mia dhe jap pëlqimin tim për kontaktin e ndërsjellë midis mjekës sime / mjekut tim ose terapistes sime / terapistit tim dhe unë si paciente / pacient përmes informacioneve të kontaktit të dhënë më sipër. Përveç kësaj, unë e autorizoj mjekun time ordinues/mjekun tim ordinues respektivisht terapeutin/terapeutin që të marrë dokumente mjekësore dhe dokumente për mua nga mjekët dhe mjekët e tjerë si dhe spitale. Kjo vlen edhe për shkëmbimin e të dhënave brenda ambulancës dhe për organe zëvendësues. Edhe lidhur me përdorimin e kodit QR dhe për receta ose certifikata mjekësore me nënshkrim digjital ose elektronik unë jap pëlqimin tim. Parimisht, të dhënat e mia ruhen nga Ärztelkasse Genossenschaft për trajtimet bazë vetëm në Zvicër. Me qëllimin e permbaruesë të aftësisë paguese, të dhënat e mia personale mund t'i përcillen organizatës Inkasso Med AG / Intrum AG dhe mund të ruhen atje nëse kjo parashikohet nga kryesja ordinues e shërbimeve/kryesi ordinues i shërbimeve.

Përpunimi i faturës

Ligji Federal për Sigurimet Shëndetësore (KVG) parashikon që pacientet dhe pacientët të marrin një kopje të faturës së mjekut. Me nënshkrimin e këtij formulari unë pranoj një lëshim të mundshëm të faturës në letër ose në rrugën elektronike në sistemin 'Tiers Payant' (Faturimi direkt për arkën e sigurimit shëndetësor). Për thjeshtëzim, njoftimi për kopjen e faturës bëhet (vetëm në sistemin 'Tiers Payant') në adresën e e-mailit të dhënë nga unë, ku emri i mjekës sime / mjekut tim, terapeutes sime / terapeutit tim respektivisht të ambulancës për lexueshmerinë më të lehtë përmendet ndaj meje në e-mail. Prandaj unë jam dakord që kopje të tilla si dhe çështje administrative si p.sh. shtyrje të termineve të bëhen nëpërmjet komunikimit të e-mailit të dhënë nga unë (adresa @hin për adresën e marrësit si @bluewin.ch, @gmail.com etj.).

Vonesë e pagesës

Nëse unë nuk e përmbush detyrimin tim të pagesës brenda periudhës së pagesës respektivisht unë heq dorë nga një kundërshtim i justifikuar, unë do të jem në vonesë në fund të kësaj periudhe pa ndonjë kujtesë të mëtejshme. Kryesi i shërbimit mund të konsultojë, në çdo kohë, palë të treta për inkasimin. Unë i mbaj shpenzimet e vonesës së pagesës. Hollësitra për tarifat në rast të vonesës së pagesës ju i gjeni nën këtë link: www.aerztelkasse.ch/patienteninfo/faq.

Bazuar në deklaratat e mësipërme si dhe deklaratat e tjera të mundshme gojore, unë pajtohem me nënshkrimin tim që të dhënat e mia personale mund të përpunohen dhe transmetohen në përputhje me mbrojtjen e të dhënave. Përveç kësaj, unë marr në dijeni që pëlqimi im mund të revokohet tërësisht ose pjesërisht në çdo kohë pa cenuar ligjshmërinë e përpunimit të kryer në bazë të pëlqimit deri në shqyrtimin e revokimit. Detyrimisht, revokimi duhet të bëhet me shkrim. Gjithashtu, kërkesa ime për fshirje parimisht nuk çon në fshirje, meqë profesionisti shëndetësor përkatës ose ambulanca është e detyruar me ligj t'i ruajë të dhënat e mia. Prandaj, kërkesa për fshirje, vetëm në rastin e arsyetuar të përjashtimit me anulim të konfirmuar, çon në fshirjen e të dhënave të mia tek profesionisti shëndetësor respektivisht ambulanca që më trajton. Njëkohësisht, unë e çliroj përmes kësaj, në këtë rast, profesionistin tim shëndetësor nga detyrimi ligjor i ruajtjes. Parimisht, të dhënat ruhen 20 vjet, pa njoftim të shprehur qartë nga pacientja/pacienti dokumentet mjekësore mund të ruhen edhe më gjatë.

Termine që nuk anulohen paraprakisht mund të llogariten me shpenzimet tuaja. Ne ju lutemi për informacione në kohë për shtyrje apo anulim.

Unë jam informuar që dokumenti shtesë «Informacioni i pacientit për trajtimin e të dhënave personale» është në dispozicionin tim.

Data | Datum | Date | Data

Nënshkrimi e lartpërmendur | Unterschrift | Signature | Firma