

## Obrazac za pacijente sa saglasnošću u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka

<b>Prezime, ime</b>   Name, Vorname   Nom, Prénom   Cognome, Nome	<b>Datum rođenja</b>   Geburtsdatum Date de naissance   Data di nascita	<b>Pol</b>   Geschlecht Sexe   Sesso Ž <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Devojačko prezime</b>   Ledigname   Nom de jeune fille   Cognome da nubile	<b>Bračni status</b>   Zivilstand   Etat-civil   Stato civile	
<b>Adresa</b>   Adresse   Adresse   Indirizzo	<b>Privatni broj telefona</b>   Tel. privat   Tél. privé   Tel. privato	
<b>Poštanski broj, mesto</b>   PLZ, Wohnort   NPA, Localité   NPA, Località	<b>Broj mobilnog telefona</b>   Mobile	
<b>Nacionalnost</b>   Nationalität   Nationalité   Nazionalità	<b>Broj telefona na poslu</b>   Tel. Geschäft   Tél. professionnel   Tel. ufficio	
<b>Zanimanje, poslodavac</b>   Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber Profession, Employeur   Professione, Datore di lavoro	<b>Adresa e-pošte</b>   E-Mail	
<b>Lekar/ka (opšte prakse) koji/a šalje pacijenta</b>   Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt   Médecin traitant   Medico curante	<b>Br. socijalnog osiguranja</b>   AHV-Nr.   N° AVS   No AVS	
<b>Zdravstveno osiguranje / Osiguranje od nezgode</b>   Krankenkasse / Versiche- rung / Unfallversicherung   Caisse maladie / Assurance / Assurance accidents Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione infortuni	<b>Vrsta osiguranja (MC, model porodičnog lekara)</b>   Versicherungsart (MC, Hausarztmodell)   Type d'assurance (MC, modèle du médecin de famille) Tipo di assicurazione (MC modello del medico di famiglia)	
<b>Br. kartice zdravstvenog osiguranja</b>   Versichertenkarten-Nr. N° de carte d'assuré-e   No tessera d'assicuratio	<b>Dodatno zdravstveno osiguranje</b>   Zusatzversicherung Assurance complémentaire   Assicurazione complementare	
<b>Adresa za naplatu (ukoliko je drugačija od adrese stanovanja)</b>   Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse) Adresse de facturation (si différente de l'adresse)   Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)		
<b>Kontakt osoba u hitnim slučajevima (ime, tel.)</b>   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.)		

## Zastupanje | Vertretung | Représentation | Rappresentanza

Popuniti ukoliko postoji i razlikuje se od gore navedenih ličnih podataka | 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

<b>Pravni zastupnik</b>   Gesetzlicher Vertreter Représentant légal   Rappresentante legale	<b>Staratelj / pravni savetnik</b>   Vormund / Beistand Tuteur / curateur   Tutore / Avvocato
<b>Punomoćje</b>   Vollmacht   Procuration   Procura	<b>Roditelji</b>   Eltern   Parents   Genitori
<b>Institucija</b>   Institution   Institution   Istituzione	
<b>Ime</b>   Vorname   Prénom   Nome	<b>Prezime</b>   Name   Nom   Cognome
<b>Adresa</b>   Adresse   Adresse   Indirizzo	<b>Poštanski broj, mesto</b>   PLZ, Wohnort   NPA, Localité   NPA, Località
<b>Broj mobilnog telefona</b>   Mobile	<b>Adresa e-pošte</b>   E-Mail

Zakon o zaštiti podataka predviđa da korišćenje zdravstvenih podataka u osnovi iziskuje izričitu saglasnost pacijentkinja / pacijenata. Da bi taj zakonski preduslov bio ispunjen, u obavezi ste da svojim potpisom potvrdite sledeću saglasnost.

Potpis | Unterschrift | Signature | Firma \_\_\_\_\_

Izričito potvrđujem da sam saglasan/na sa obradom mojih podataka, sa činjenicom da gorenavedena/i lekarka/lekar odn. terapeutkinja/terapeut ima pristup mojim podacima u ordinaciji kao i sa prosleđivanjem tih podataka sledećim primaocima.

Kategorija podataka	Opis podataka	Primalac	Svrha
<b>Laboratorijski podaci</b>	Podaci o pacijentu sa rezultatima analize krvi, urina, stolice, rezultatima mikrobiološke i histološke analize	Laboratorija, drugi lekari / lekarke, terapeuti / terapeutkinje, bolnice	Razjašnjenja i medicinska obrada uključujući analizu
<b>Podaci o nalazima</b>	Nalazi medicinskih ispitivanja i istorija bolesti	Drugi lekari / lekarke, terapeuti / terapeutkinje, bolnice i stručno medicinsko osoblje / ustanove, apoteke (eRecept)	Ciljane informacije o efikasnim daljim razjašnjenjima / lečenju
<b>Podaci o pacijentu</b>	Podaci o dijagnozi i lečenju	Drugi lekari / lekarke, terapeuti / terapeutkinje, apoteke (uključujući eRecept), interne ordinacije i sistemi kontrolisane nege kao i službenici u računovodstvu	Dokumentacija, izdavanje računa
<b>Matični podaci i podaci o lečenju</b>	Podaci za raspoređivanje, lečenje i račun	Službenici za izdavanje računa, pružalac osiguranja	Obrada za izdavanje računa
<b>Izdavanje računa i podaci obračuna i računa</b>	Fakturisanje troškova lečenja i medicinskih usluga, opominjanje i dalja obrada računa	Kompanija «Ärztelasse Genossenschaft» za vođenje administracije i agencija za naplatu koju je odabrala ordinacija, kao i odabrani provajder softvera i davalac informacija o ordinaciji i tehnička podrška	Obračun prema pravnim i ugovornim normama kao i prema tehničkom razvoju i obračun za proveru boniteta
<b>Podaci o lečenju i podaci obračuna</b>	Uglavnom anonimni i pseudonimni podaci	Javni registri, zavodi za statistiku kao i Centar za privatnost i FMH (Swiss Medical Association), društva lekara	Zakonske obaveze unosa, kolektivna pregovaranja / obračunavanja modela
<b>Podaci o finansijama i računima</b>	Podaci o fakturisanju i redovnom vođenju knjiga.	Knjigovodstvo i pružalac usluga obračunavanja	Izdavanje računa i knjigovodstvo

#### Prosleđivanje podataka

Svestan/na sam mogućih rizika razmene ličnih podataka koji zahtevaju posebnu zaštitu (mogući uvid trećeg neovlašćenog lica u slučaju nesigurnih načina komunikacije), kao i mojih prava i dajem saglasnost za međusobni kontakt moje lekarke / mog lekara ili moje terapeutkinje / mog terapeuta i mene kao pacijentkinje / pacijenta putem gore navedenih kontakt informacija. Takođe ovlašćujem svoju lekarku / svog lekara odn. terapeutkinju / terapeuta da pribavi medicinsku dokumentaciju i dokumentaciju o meni od drugih lekarki / lekara i bolnica. To se odnosi i na razmenu podataka u ordinaciji i važi za zastupnike. Dajem saglasnost i za korišćenje QR kodova i recepata ili izveštaja lekara sa digitalnim ili elektronskim potpisom. U načelu se moji podaci memorišu u kompaniji «Ärztelasse Genossenschaft» za vođenje administracije za glavne upotrebe isključivo u Švajcarskoj. U svrhu provere kreditne sposobnosti, moji lični podaci mogu biti prosleđeni mestu za naplatu Med AG / Intrum AG i mogu se tamo čuvati ukoliko je to odredio pružalac usluga lečenja.

#### Obrada računa

Savezni zakon o zdravstvenom osiguranju (KVG) predviđa da pacijentkinje i pacijenti dobiju kopiju računa medicinskih usluga. Potpisivanjem ovog obrasca

prihvatam moguće izdavanje računa na papiru ili u elektronskoj formi u programu Tiers Payant (izdavanje računa direktno zdravstvenom osiguranju). Radi pojednostavljenja se kopija računa (samo u programu Tiers Payant) dostavlja na adresu e-pošte koju sam naveo/la, pri čemu je ime moje lekarke / mog lekara / moje terapeutkinje / mog terapeuta odn. naziv ordinacije naveden u e-pošti radi lakšeg čitanja. Stoga sam saglasan/na da takve kopije, kao i administrativne molbe poput pomeranja termina dobijam putem adrese e-pošte koju sam naveo/la (adresu @hin na adresu primaoca kao što su @bluewin.ch, @gmail.com itd.).

#### Odlaganje plaćanja

Ukoliko ne izvršim svoju obaveznu plaćanja u datom roku za plaćanje, odn. ukoliko nemam opravdani prigovor, isticanjem roka biću u statusu dugovanja bez naknadnih opomena. Pružalac usluga u svakom trenutku može da pozove treće lice za naplatu. Ja snosim troškove odgađanja plaćanja. Detalji o nadoknadama u slučaju odgađanja plaćanja nalaze se na sledećem linku: [www.aerztelasse.ch/patienteninfo/faq](http://www.aerztelasse.ch/patienteninfo/faq).

Na osnovu postojećih izvršenja i mogućih drugih usmenih izjava, svojim potpisom dajem saglasnost za obradu i prosleđivanje mojih ličnih podataka u skladu sa zaštitom podataka. Osim toga, poznato mi je da u svakom trenutku mogu delimično ili u potpunosti da povučem svoju saglasnost, a da to ne utiče na zakonitost obrade podataka koja je bila vršena u skladu sa saglasnošću do obrađenog povlačenja iste. Povlačenje saglasnosti se obavezno mora izvršiti pismenim putem. Osim toga, zahtev za brisanje podataka u osnovi ne vodi do brisanja, jer je nadležni medicinski stručnjak, odn. ordinacija po zakonu dužna da čuva moje podatke. Stoga zahtev za brisanje podataka vodi do brisanja mojih podataka iz registra medicinskog stručnjaka, odn. ordinacije samo u obrazloženim izuzetnim slučajevima kada postoji potvrđeno ukidanje. U tom slučaju, ovim putem medicinskog stručnjaka koji me je lečio istovremeno razrešavam zakonske obaveze čuvanja podataka. Podaci se uglavnom čuvaju 20 godina; medicinska dokumentacija se može čuvati duže bez izričitog obaveštenja pacijentkinje / pacijenta.

**Termini koji nisu otkazani unapred mogu vam biti naplaćeni. Molimo vas da nas blagovremeno obavestite.**

Obavešten / na sam o tome da mi je na raspolaganju dodatni dokument «Informacija za pacijente o korišćenju ličnih podataka».

Datum | Datum | Date | Data

Potpis | Unterschrift | Signature | Firma