

## EINWILLIGUNG ZUR BEARBEITUNG IHRER PERSONENDATEN

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patient\*innen voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, sind Sie angehalten, die Einwilligung mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen.

**Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die behandelnden Fachpersonen sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Adressaten einverstanden bin.**

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Adressat	Zweck
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Fachpersonen extern / intern, sowie Dienstleistungsunternehmung im Rechnungswesen	Dokumentation, Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleistungsunternehmung für Rechnungsstellung, Versicherungen	Verarbeitung Rechnungsstellung
Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Dienstleistungsunternehmung für Rechnungsstellung und Inkassostelle, sowie gewählte Software- oder Praxisinformations- Anbieter und IT-Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie IT-Entwicklung und für Bonitätsprüfungen
Finanz- und Rechnungswesen	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung	Buchhaltung und Abrechnungsdienstleistungsunternehmung	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meine Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen anaPRaX AG und mir als Patient\*in durch die angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der anaPRaX AG.

Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. anaPRaX AG gesetzlich verpflichtet ist, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. anaPRaX AG. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Datum

Unterschrift Patient\*in

→ Bitte senden Sie diese Einwilligung ausgefüllt und signiert rechtzeitig per Post oder Mail an anaPRaX.