

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI

Secondo la Legge sulla protezione dei dati, il trattamento dei dati sanitari presuppone, in linea di principio, il consenso esplicito dei pazienti. Per soddisfare questo requisito legale, è necessario che confermi tale consenso apponendo la Sua firma.

Confermo espressamente il mio consenso al trattamento dei miei dati, all'accesso a questi dati da parte dei professionisti curanti e alla trasmissione di questi dati ai seguenti destinatari.

Categoria di dati	Descrizione dei dati	Destinatario	Finalità
Dati del paziente	Cartella clinica	Altri professionisti esterni / interni, nonché società di servizi contabili	Documentazione, fatturazione
Dati anagrafici e relativi al trattamento	Dati per l'assegnazione, il trattamento e la fatturazione	Società di servizi per fatturazione, assicurazioni	Elaborazione per scopi di fatturazione
Fatturazione e dati contabili / relativi alla fatturazione	Fatturazione del trattamento, dei servizi medici, solleciti e ulteriore elaborazione per scopi di fatturazione	Società di servizi per la fatturazione e l'incasso, nonché specifici fornitori di software o di informazioni relative allo studio medico e supporto informatico	Fatturazione secondo i requisiti legali e contrattuali, nonché per lo sviluppo informatico e per la verifica della solvibilità
Finanza e contabilità	Dati per la fatturazione e la tenuta della contabilità ordinaria	Società di servizi contabili e fiduciari	Creazione di fatture e contabilità

Sono consapevole dei possibili rischi associati allo scambio di dati personali soggetti a particolare protezione (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati in caso di vie di comunicazione non sicure) e dei miei diritti e do il mio consenso al contatto reciproco tra anaPRaX AG e me in quanto paziente tramite le informazioni di contatto fornite. Ciò vale anche per lo scambio di dati all'interno di anaPRaX AG.

Con la mia firma, acconsento al trattamento e alla trasmissione dei miei dati personali in conformità con le normative sulla protezione dei dati. Inoltre, prendo atto che il mio consenso può essere revocato in qualsiasi momento, in tutto o in parte, senza che ciò pregiudichi la legalità del trattamento effettuato sulla base del consenso fino al momento dell'elaborazione della revoca. La revoca deve essere obbligatoriamente inoltrata per iscritto. Inoltre, la mia richiesta di cancellazione in linea di principio non comporta necessariamente la cancellazione, poiché il professionista della salute responsabile o anaPRaX AG potrebbero essere legalmente obbligati a conservare i miei dati. Pertanto, l'ordine di cancellazione comporta solo in casi eccezionali giustificati, in caso di revoca confermata, la cancellazione dei miei dati presso il mio medico curante o anaPRaX AG. Allo stesso tempo, in questo caso, esonero il mio professionista della salute dall'obbligo legale di conservazione dei dati.

Data

Firma del paziente o del legale rappresentante

→ Si prega di compilare e firmare la scheda e di inviarla ad anaPRaX per posta o e-mail in tempo utile.