

## Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

### — PERSÖNLICHE KONTAKTDATEN

Nachname:..... Vorname:.....  
Geschlecht:..... Geburtsdatum: .....

Strasse:..... PLZ und Ort:.....

Telefonnummer:..... E-Mail: .....

### — KONTAKTDATEN GESETZLICHE VERTRETUNG (falls zutreffend)

Nachname:..... Vorname:.....  
Geschlecht:..... Geburtsdatum: .....

Strasse:..... PLZ und Ort:.....

Telefonnummer:..... E-Mail: .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der vorliegenden formulierten Erklärung zur Bearbeitung meiner Daten durch die Swiss Medical Network Gruppe, bestehend aus all ihren Gesundheitseinrichtungen (nachfolgend «Swiss Medical Network» genannt) und durch die an der Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen sowie der Weitergabe an Dritte gemäss der Patienteninformation über die Bearbeitung von Personendaten einverstanden bin. Dieses Formular enthält meine Einwilligung zur Bearbeitung meiner Daten im Hinblick auf eine geplante Behandlung und bleibt auch für zukünftige Behandlungen innerhalb des Swiss Medical Network gültig. Ich habe die zugehörige «Patienteninformation über die Verwendung persönlicher Daten» gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ich stimme dem gegenseitigen Kontakt zwischen meinem behandelnden Arzt und/oder Swiss Medical Network und mir als Patient mittels der oben genannten Kontaktdaten zu. Um die Datensicherheit zu gewährleisten, kommuniziert Swiss Medical Network die Patienteninformationen ausschliesslich über gesicherte Kommunikationsmittel. Ich bin damit einverstanden, dass mir administrative Fragen, wie z.B. Terminverschiebungen, allenfalls über unverschlüsselte E-Mails (von einer verschlüsselten E-Mail-Adresse (z.B. HIN-Adresse) an eine ungesicherte private Empfängeradresse, wie beispielsweise @bluewin.ch, @gmail.com etc.) übermittelt werden können. In diesem Zusammenhang besteht immer die Möglichkeit der Einsichtnahme durch unbefugte Dritte, sofern ungesicherte private Kommunikationsmittel verwendet werden

Ich wurde informiert, dass mir das Dokument «Patienteninformation über die Verwendung persönlicher Daten» mit untenstehendem QR-Code zur Verfügung steht.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten (oder seines gesetzlichen Vertreters)

