



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

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

**Datëlindja** | Geburtsdatum  
Date de naissance | Data di nascita

**Gjinia** | Geschlecht  
Sexe | Gender

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

**Gjendja civile** | Zivilstand | Etat-civil | Stato civile

**Adresa** | Adresse | Adresse | Indirizzo

**Tel. privat** | Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato

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

**Celulari** | Mobile

**Kombësia** | Nationalität | Nationalité | Nazionalità

**Tel. biznesi** | Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Tel. ufficio

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

**E-Mail**

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

**Nr. i AHV-së** | AHV-Nr. | N° AVS | No AVS

**Arka e sigurimit shëndetësor / sigurimi** | Krankenkasse / Versicherung  
Caisse maladie / Assurance | Cassa malati / Assicurazione

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

**Sigurimi shtesë** | Zusatzversicherung | Assurance complémentaire | Assicurazione complementare

**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

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

**Autorizim** | Vollmacht | Procuracy | Procura

**Prindërit** | Eltern | Parents | Genitori

**Istituzione** | Institution | Institution | Istituzione

**Emri** | Vorname | Prénom | Nome

**Mbiemri** | Name | Nom | Cognome

**Adresa** | Adresse | Adresse | Indirizzo

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

**Celulari** | Mobile

**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.

**Termine që nuk anulohen më së voni 24 orë përpara mund të llogariten me shpenzimet tuaja. Ne ju lutemi për informacione në kohë.**

Unë konfirmoj shprehimisht që jam dakord me përpunimin e të dhënave të mia, aksesin në këto të dhëna nga mjekja / mjeku ose terapeutja / terapeuti si dhe përcjelljen e mëtejshme të këtyre të dhënave te marrësit e mëposhtëm.

Kategoria e të dhënave	Përshkrimi i të dhënave	Marrësit	Qëllimi
<b>Të dhënat e laboratorit</b>	Të dhënat e pacientit së bashku me gjakun, urinën, feçen, mikrobiologjinë dhe histologjinë	Laborator, mjeko të tjera / mjekë të tjerë, terapeute / terapeutë, spitale	Sqarime dhe përgatitje mjekësore duke e përfshirë analizën
<b>Të dhënat e përfundimit</b>	Përfundime të analizave	Mjeko të tjera / mjekë të tjerë, terapeute / terapeutë, spitale dhe personeli shëndetësor dhe institucione shëndetësore, farmaci (e-recetë)	Informacione të pikësynuara për sqarimin / trajtimin e mëtejshëm në mënyrë efikase
<b>Të dhënat e pacientit</b>	Historia e sëmundjes	Mjeko të tjera / mjekë të tjerë, terapeute / terapeutë, farmaci (duke përfshirë e-recetën) brenda ambulancës si dhe ofrues të shërbimeve të kontabilitetit	Dokumentacioni Faturimi
<b>Të dhënat bazë dhe të trajtimit</b>	Të dhënat për caktimin, trajtimin dhe faturën	Ofrues për shërbime të faturimit, kompani sigurimi	Përpunimi për faturimin
<b>Faturimi dhe të dhënat e llogaritjes dhe faturimit</b>	Faturimi i trajtimit dhe i shërbimeve mjekësore, paralajmërimi dhe përpunimi i mëtejshëm i faturës	Ärztekasse Genossenschaft dhe organi i zgjedhur për inkasim nga ambulanca si dhe ofrues 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
<b>Të dhënat e trajtimit dhe faturimit</b>	Të dhëna 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
<b>Të dhënat financiare dhe të faturimit</b>	Të dhënat për faturimin dhe mbajtja e kontabilitetit të rregullt	Kontabilitet dhe ofrues 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 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 / terapeutit tim dhe meje si paciente / pacient përmes informacioneve të kontaktit të dhënë më sipër. 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 deklaroj pëlqimin tim. Parimisht, të dhënat e mia ruhen nga Ärztekasse Genossenschaft për trajtimet bazë vetëm në Zvicër. Me qëllimin e kontrollit të aftësisë paguese, të dhënat e mia personale mund t'i përcillen organizatës 'Inkasso Med AG / Intrum AG' dhe mund të ruhen atje.

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 mjekes 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.).

**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

**Vonesë e pagesës**

Nëse unë nuk e përmbysh 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. Hollësira për tarifën në rast të vonesës së pagesës ju i gjeni nën këtë link: [www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq](http://www.aerztekasse.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.

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

**Data** | Datum | Date | Data

**Nënshkrimi** | Unterschrift | Signature | Firma