

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

Prezime, ime | Name, Vorname | Nom, Prénom | Cognome, Nome

Devojačko prezime | Ledigname | Nom de jeune fille | Cognome da nubile

Adresa | Adresse | Adresse | Indirizzo

Poštanski broj, mesto | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

Nacionalnost | Nationalität | Nationalité | Nazionalità

Zanimanje, poslodavac | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber
Profession, Employeur | Professione, Datore di lavoro

Lekar/ka (opšte prakse) koji/a šalje pacijenta | Zuweisende/r Ärztin/Arzt,
Hausärztin/-arzt | Médecin traitant | Medico curante

Zdravstveno osiguranje | Krankenkasse / Versicherung
Caisse maladie / Assurance | Cassa malati / Assicurazione

Datum rođenja | Geburtsdatum
Date de naissance | Data di nascita

Pol | Geschlecht
Sexe | Sesso

Ž M

Bračni status | Zivilstand | Etat-civil | Stato civile

Privatni broj telefona | Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato

Broj mobilnog telefona | Mobile

Broj telefona na poslu | Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Tel. ufficio

Adresa e-pošte | E-Mail

Br. socijalnog osiguranja | AHV-Nr. | N° AVS | No AVS

Br. kartice zdravstvenog osiguranja | Versichertenkarten-Nr.
N° de carte d'assuré-e | No tessera d'assicuratio

Dodatno zdravstveno osiguranje | Zusatzversicherung | Assurance complémentaire | Assicurazione complementare

Adresa za naplatu (ukoliko je drugačija od adrese stanovanja) | Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)
Adresse de facturation (si différente de l'adresse) | Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)

Kontakt osoba u hitnim slučajevima (ime, 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.)

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

Pravni zastupnik | Gesetzlicher Vertreter
Représentant légal | Rappresentante legale

Punomoćje | Vollmacht | Procura | Procura

Staratelj / pravni savetnik | Vormund / Beistand
Tuteur / curateur | Tutore / Avvocato

Roditelji | Eltern | Parents | Genitori

Institucija | Institution | Institution | Istituzione

Ime | Vorname | Prénom | Nome

Adresa | Adresse | Adresse | Indirizzo

Broj mobilnog telefona | Mobile

Prezime | Name | Nom | Cognome

Poštanski broj, mesto | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

Adresa e-pošte | 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 potvrdite sledeću saglasnost potpisivanjem ovog obrasca na poledini.

Termini koji ne budu otkazani najkasnije 24 časa unapred mogu Vam biti naplaćeni. Molimo Vas da nas blagovremeno obavestite.

Jasno potvrđujem da sam saglasan / na sa korišćenjem mojih podataka, sa činjenicom da lekarka / lekar ili terapeutkinja / terapeut imaju pristup mojim podacima, kao i sa prosleđivanjem tih podataka sledećim primaocima.

Kategorija podataka	Opis podataka	Primalac	Svrha
Laboratorijski podaci	Podaci o pacijentu sa rezultatima analize krvi, urina, stolice, rezultatima mikrobiološke i histološke analize	Laboratorija, drugi lekari / lekarka, terapeuti / terapeutkinje, bolnice	Razjašnjenja i medicinska obrada uključujući analizu
Podaci o nalazima	Nalazi medicinskih ispitivanja	Drugi lekari / lekarka, terapeuti / terapeutkinje, bolnice i stručno medicinsko osoblje / ustanove, apoteke (eRecept)	Ciljane informacije o efikasnim daljim razjašnjenjima / lečenju
Podaci o pacijentu	Istorija bolesti	Drugi lekari / lekarka, terapeuti / terapeutkinje, apoteke (uključujući eRecept) i interne ordinacije kao i službenici u računovodstvu	Dokumentacija Izdavanje računa
Matični podaci i podaci o lečenju	Podaci za raspoređivanje, lečenje i račun	Službenici za izdavanje računa, pružalac osiguranja	Obrada za izdavanje računa
Izdavanje računa i podaci obračuna i računa	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	Obracun prema pravnim i ugovornim normama kao i prema tehničkom razvoju i obracun za proveru boniteta
Podaci o lečenju i podaci obračuna	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
Podaci o finansijama i račun	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 lekarka / mog lekara ili moje terapeutkinje / mog terapeuta i mene kao pacijentkinje / pacijenta putem gore navedenih kontakt informacija. 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. Za svrhe provere boniteta moji lični podaci mogu biti prosleđeni mestu za naplatu «Inkasso Med AG / Intrum AG» i tamo mogu biti memorisani.

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 pojednostavljivanja se kopija računa (samo u programu Tiers Payant) dostavlja na adresu e-pošte koju sam naveo/la, pri čemu je ime moje lekarka / 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 obavezu 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.

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 izuzetim slučajevima kada postoji potvrđeno ukidanje. U tom slučaju, ovim putem medicinskog stručnjaka koji me je lečio istovremeno razrešavam zakonske obaveze čuvanja podataka.

■ 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