AUGENPRAXIS
BADEN

Persönliche Angaben
(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Telefon Mobil	Telefon Festnetz
E-Mail	
Notfall-Kontakt und -Telefon	
Hausärztin/arzt	
Beruf	Arbeitgeber

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Telefon / Mobil	E-Mail

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und ich die Informationen zum Umgang mit Personendaten zur Kenntnis genommen habe. Diese Informationen sind in der Praxis am Empfang erhältlich und auch via www.augenpraxis-baden.ch/Datenschutz einsehbar.

Ich bin einverstanden, dass…
(Datenbearbeitungen, die Sie ablehnen, bitte durchstreichen)

- im Einzelfall, abhängig von meiner Behandlung und soweit geeignet und erforderlich, eine Übermittlung von Daten an weitere Empfänger (z. B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte) erfolgt.
- die Praxis mit mir betreffend Erkrankungen, Symptome, Diagnose, Befunde, Prozedere, Arztbriefe, Versicherungsbriefe, Kopien von Arztrechnungen und andere gleichwertige Daten *elektronisch* über einen gesicherten (verschlüsselten) Kommunikationsweg (z. B. HIN Global Mail) kommuniziert.
- administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminerinnerungen und -verschiebungen mit unverschlüsselter Kommunikation (E-Mail oder SMS) erfolgen. Dabei bin ich mir der Risiken dieses Datenaustausches (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten) bewusst.

Baden, den Unterschrift

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Bitte um rechtzeitige Information.