

# ANGABEN ZU IHRER PERSON

BITTE RETOURNIEREN SIE DAS FORMULAR AN FOLGENDE ADRESSE: BIRSHOF.EMPFANG@HIRSLANDEN.CH

FRAU     HERR

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

STRASSE UND NR. \_\_\_\_\_ STEUERKANTON \_\_\_\_\_

PLZ UND WOHNORT \_\_\_\_\_ ZIVILSTAND \_\_\_\_\_ NATIONALITÄT \_\_\_\_\_

TELEFON MOBILE \_\_\_\_\_ TELEFON PRIVAT \_\_\_\_\_

TELEFON GESCHÄFT \_\_\_\_\_ AHV-NR. \_\_\_\_\_

HAUSARZT (ADRESSE) \_\_\_\_\_

ZUWEISENDER ARZT \_\_\_\_\_

Die Angaben Ihres zuweisenden Arztes und Ihres Hausarztes sind wichtig, damit die Klinik diese über den Verlauf Ihres Klinikaufenthalts informieren kann.

WER HAT SIE ZUM BEHANDELNDEN ARZT (BELEGARZT) DER KLINIK BIRSHOF ÜBERWIESEN?

SPEZIALIST     HAUSARZT     SELBSTZUWEISUNG

SOLL DIE KLINIK DEN HAUSARZT INFORMIEREN?     JA     NEIN

BEHANDLUNG BEI \_\_\_\_\_ KÖRPERTEIL \_\_\_\_\_

## KRANKHEIT

GRUNDVERSICHERUNG KRANKENKASSE     ALLGEMEIN WOHNKANTON     ALLGEMEIN GANZE SCHWEIZ

NAME/ADRESSE \_\_\_\_\_

POLICE-NUMMER \_\_\_\_\_

ZUSATZVERSICHERUNG KRANKENKASSE     HALBPRIVAT     PRIVAT

NAME/ADRESSE \_\_\_\_\_

POLICE-NUMMER \_\_\_\_\_

## UNFALL

Ich habe den Unfall/Rückfall bereits meiner Versicherung gemeldet

OBLIGATORISCHE UNFALLVERSICHERUNG     ALLGEMEIN

NAME/ADRESSE \_\_\_\_\_

SCHADEN-NUMMER \_\_\_\_\_ POLICE-NUMMER \_\_\_\_\_

UNFALLDATUM \_\_\_\_\_

ZUSATZVERSICHERUNG UNFALLVERSICHERUNG     HALBPRIVAT     PRIVAT

NAME/ADRESSE \_\_\_\_\_

SCHADEN-NUMMER \_\_\_\_\_ POLICE-NUMMER \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie uns die Angaben Ihrer Krankenkasse auch dann an, wenn die Kosten über die obligatorische Unfallversicherung laufen.

## BERUFLICHE TÄTIGKEIT

NAME, ADRESSE IHRES ARBEITGEBERS \_\_\_\_\_

ARBEITEN SIE MEHR ALS 8 STD. PRO WOCHE?     JA     NEIN

GESCHÄFTSADRESSE BEI SELBSTSTÄNDIGKEIT \_\_\_\_\_

## NÄCHSTE ANGEHÖRIGE/GESETZLICHE VERTRETUNG

Person, mit der im Bedarfs-/Notfall Informationen ausgetauscht werden dürfen.

VERWANDTSCHAFTSGRAD \_\_\_\_\_

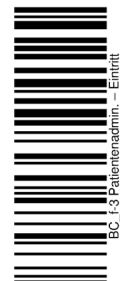
NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_

ADRESSE, PLZ, WOHNORT \_\_\_\_\_

TELEFON PRIVAT \_\_\_\_\_ TELEFON GESCHÄFT \_\_\_\_\_



ST\_L5 - Eintrittsformular



BC\_F3 Patientenadmin. - Eintritt

## BEHANDLUNGS-/SPITALAUFNAHMEVERTRAG

Liebe Patientin, lieber Patient

Dieses Formular bildet die vertragliche Grundlage für Ihren Aufenthalt mit verschiedenen Behandlungen, Untersuchungen und Eingriffen. Zudem erklären wir Ihnen, wie wir mit Ihren Daten umgehen. Das mag daher umfangreich erscheinen, ist aber für die organisatorische und finanzielle Abwicklung Ihres Aufenthaltes bzw. Ihrer Behandlung und für Ihre persönliche Betreuung unerlässlich. Es ist uns sehr wichtig, dass Sie die für Sie relevanten Aspekte verstehen und dies mit Ihrer Unterschrift bestätigen.

### Rechtliches

Mit Ihrer Unterschrift schliessen Sie einen Vertrag ab. Ihre Rechte und Pflichten als Patientin oder Patient der Klinik sind weitgehend gesetzlich geregelt (z. B. im kantonalen Patientengesetz). Gerne informieren wir Sie auf Anfrage über die gesetzlichen Bestimmungen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass zwischen einer selbstständigen Belegärztin bzw. einem selbstständigen Belegarzt und der Klinik eine getrennte Haftung besteht. Die Klinik ist für Unterkunft, Verpflegung und Pflege zuständig. Die ärztliche Betreuung wird in einem anderen Vertrag zwischen der verantwortlichen Belegärztin bzw. dem verantwortlichen Belegarzt und Ihnen geregelt.

### Kostenübernahme

Die Klinik ist ein Privatspital. Sie befindet sich auf der Spitalliste des Standortkantons und einiger anderer Kantone. Die Behandlungs- und Aufenthaltskosten können teilweise oder komplett von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Für die eventuell nicht gedeckten Kosten ist eine Spitalzusatzversicherung mit genügender Deckung erforderlich. Mit Hilfe Ihrer Angaben beantragt die Klinik (anderweitige Absprachen vorbehalten) eine Kostenübernahme bei Ihrer Versicherung, kann die Kostenübernahme jedoch nicht garantieren. Beim Zuzug von weiteren Fachspezialisten kann eine separate Abrechnung erfolgen.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt gemäss bestehenden Verträgen mit Versicherungen. Falls mit einem Versicherer kein Vertrag oder falls überhaupt keine Versicherungsdeckung besteht (Selbstzahler), sind Sie verpflichtet, die ungedeckten Kosten selbst zu tragen. Gerne erstellen wir Ihnen auf Wunsch einen Kostenvoranschlag. Liegt vor Klinikeintritt keine ausreichende Kostengutsprache Ihrer Versicherung vor, kann die Klinik eine ausreichende Depotzahlung verlangen oder die Spitalaufnahme ablehnen.

Wir bitten Sie, Ihre Versicherungsdeckung für diesen Spitalaufenthalt und insbesondere für Leistungen, die Sie beanspruchen möchten und über die gesetzlichen Pflichtleistungen hinausgehen, zu prüfen und uns eine Kopie des Versicherungsausweises Ihrer Versicherung beizulegen. Als Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmer sind Sie für eine ausreichende Versicherungsdeckung verantwortlich und tragen das Kostenrisiko bei allfälligen Deckungseinschränkungen.

### Datenschutz

A. Informationen zur Verwendung und Bearbeitung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten

1. Allgemeines

- a. Wir erheben, sammeln, bearbeiten und speichern alle Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen und die zur Erfüllung des Vertrags notwendig sind. Dabei können verschiedene Patientendaten auch durch Begleitpersonen, Angehörige, Zuweiser, Vermittler oder Belegärztinnen und Belegärzte übermittelt werden.
- b. Die Administration Ihrer Untersuchung/Behandlungen usw. erfolgt im Hirslanden Corporate Office, Boulevard Lillienthal 2, 8152 Glattpark (zentralisierte Verwaltung), oder in der Klinik. Die für die Administration notwendigen persönlichen und medizinischen Daten werden an die entsprechenden Stellen weitergeben. Für das Inkasso, bei Forderungsabtretungen sowie im Fall von Streitigkeiten aus dem Behandlungsvertrag können Ihre Daten an Dritte wie Inkassostellen, beauftragte Dritte usw. sowie an Behörden wie Betriebs- und Konkursämter, Gerichte usw. weitergegeben werden.
- c. Im Zusammenhang mit der Einholung der Kostengutsprache, der Rechnungsstellung und bei nachgelagerten externen Behandlungen (Spitäler, Rehabilitationseinrichtungen usw.) kann eine Weitergabe Ihrer Patientendaten (z. B. Patientendossier mit Pflege- sowie Operations- und Austrittsberichten) an externe Stellen (z. B. an die auf Seite 1 genannten Versicherungen) erforderlich werden.

2. Einbezug anderer Ärztinnen und Ärzte und Vorstellung medizinischer Daten bei Fallkonferenzen:

Ihre medizinischen Daten, inkl. medizinischer Bilddaten, werden elektronisch gespeichert und können von anderen in Ihre Behandlung einbezogenen Ärztinnen und Ärzten sowie Belegärztinnen und Belegärzten, auch ggf. von anderen Kliniken oder Praxen der Hirslanden-Gruppe in der Schweiz, bei teleradiologischer Befundung von Radiologen in Nachbarländern der Schweiz, eingesehen werden, wenn dies im Rahmen Ihrer Behandlung notwendig ist. Zum Zweck Ihrer individuellen und interdisziplinären Therapieplanung können Ihre medizinischen Daten im Rahmen von Fallkonferenzen (ggf. unter Einbeziehung von externen ärztlichen Expertinnen und Experten, sogenannten Tumor-/Gefässboards o. Ä.) vorgestellt werden. Damit erfüllen wir kantonale/interkantonale Regulierungen und kommen den gesetzlichen Anforderungen nach.

3. Medizinische Register leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung. Wir unterliegen gesetzlich vorgeschriebenen Meldepflichten, die uns auffordern, Personendaten anonymisiert an medizinische Register (klinische und epidemiologische Register), die Kostenträger (Versicherungen, Kantone) und u. a. das Bundesamt für Statistik weiterzugeben. Auf kantonaler Ebene werden Daten in nicht anonymisierter Form an die Registerstelle (Krebsregistergesetz) weitergegeben. Nähere Informationen stellt Ihnen Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt zur Verfügung.

Mit Abschluss des Vertrags stimmen Sie der Verwendung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten zu den unter Ziffer 1 bis 3 geschilderten Zwecken zu.

B. Videoüberwachung in der Klinik

Das Videoüberwachungssystem soll die Überwachung gefahrenanfälliger Bereiche zum Schutz der Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher, der Klinik sowie des Personals gegen Einbruch, Diebstahl, Hausfriedensbruch, Vandalismus und Belästigungen sowie weitere Eingriffe gegen die Sicherheit und persönliche Integrität unterstützen. Die Videoüberwachung soll potenzielle Täter abschrecken und, falls ein solches Ereignis trotzdem eintritt, zur Aufklärung der Sachlage beitragen. Die Speicherzeit der Videodaten ist mit kurzer Frist begrenzt.

Innerhalb von spezialisierten Abteilungen, wie beispielsweise der Intensivstation, sowie im Operationsbereich dienen Videoanlagen zur Prozessüberwachung und -steuerung und unterstützen die Mitarbeitenden. Derartige Videodaten werden nicht gespeichert.

Die videoüberwachten Bereiche sind für alle Beteiligten erkenntlich markiert.

C. Kontakt, Auskunft, Rechte (Widerruf, Berichtigung, Übertragung, Einschränkung, Löschung, Beschwerde)

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Sie können jederzeit unentgeltlich der Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für die Zukunft widersprechen (Widerruf, siehe auch oben), Auskunft über die von uns zu Ihrer Person gespeicherten Daten oder deren Löschung verlangen, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen. Darüber hinaus besteht unter gewissen Voraussetzungen ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde. Bei Fragen oder Anliegen zum Datenschutz kontaktieren Sie uns unter [datenschutz@hirslanden.ch](mailto:datenschutz@hirslanden.ch).

**Gerichtsort**

Für alle Rechtsstreitigkeiten zwischen der Patientin oder dem Patienten und der Klinik sind die Gerichte am Sitz der Klinik zuständig. Anwendbar ist ausschliesslich Schweizer Recht.

Mit Abschluss des Vertrags stimmen Sie der Verwendung Ihrer persönlichen und medizinischen Daten zu den oben geschilderten Zwecken zu und nehmen die Videoüberwachung zur Kenntnis.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **ANFRAGE ZUR VERWENDUNG IHRER GESUNDHEITSDATEN UND IHRES BIOLOGISCHEN MATERIALS FÜR DIE MEDIZINISCHE FORSCHUNG**

Lieber Patient, liebe Patientin

Fortschritte in der Medizin basieren auf wissenschaftlicher Forschung. Um diese Forschung durchführen zu können, brauchen die Forschenden Gesundheitsdaten und biologisches Material (Proben) von gesunden und kranken Personen. Wir fragen Sie daher an, ob wir Ihre Daten und Proben in verschlüsselter bzw. anonymisierter Form für die medizinische Forschung verwenden dürfen. Die Verschlüsselung bzw. Anonymisierung stellt sicher, dass aus Ihren Daten keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

### **Was bedeutet Ihre Einwilligung?**

Wenn Sie einwilligen, dürfen Ihre Daten und Proben für zukünftige medizinische Forschungsprojekte unter Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen (DSG, EU-DSGVO) im In- und Ausland verwendet werden. Die Einwilligung gilt für alle Daten, die bereits im Spital erhoben wurden oder zukünftig erhoben werden. Dies gilt im gleichen Sinne für die Proben.

### **Welche Daten und Proben werden verwendet?**

Es werden Ihre persönlichen Daten (z. B. Alter, Geschlecht) und Daten aus Ihrer Krankengeschichte verwendet, die ohnehin bei Untersuchungen oder bei der Behandlung im Spital anfallen. Dazu gehören mögliche Risikofaktoren, Resultate aus klinischen und bildgebenden Untersuchungen sowie Laboruntersuchungen. Bei den Proben handelt es sich um sogenanntes Restmaterial (z. B. Blut, Urin, Gewebe), das gelagert oder sonst vernichtet würde.

### **Werden die Forschungsprojekte von einer Ethikkommission überprüft?**

Forschungsprojekte, die in der Schweiz stattfinden, müssen von der zuständigen, unabhängigen Ethikkommission bewilligt werden. Die Ethikkommission überprüft auch, ob alle Vorgaben zum Datenschutz eingehalten werden.

### **Welchen Nutzen und welche Risiken gibt es?**

Wenn Sie Ihre Daten und Proben für die Forschung zur Verfügung stellen, haben Sie keinen direkten, persönlichen Nutzen. Sie leisten aber einen wichtigen Beitrag für die medizinische Forschung. Sollte aber ein Ergebnis für Ihre persönliche Gesundheit relevant sein, werden Sie nach Möglichkeit darüber informiert (dies ist bei Forschung mit anonymisierten Proben nicht möglich). Die Risiken werden mit Datenschutzmassnahmen soweit wie möglich minimiert. Bei verschlüsselten Daten bleibt der Schlüssel (Zuordnungsliste bezüglich Code und entsprechender Person) an unserer Klinik und wird unter strengen Sicherheitsvorkehrungen verwahrt.

### **Können Sie Ihre Einwilligung zurückziehen?**

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung ohne Begründung zurückzuziehen (Widerruf). Ein Widerruf hat keinen Einfluss auf Ihre weitere medizinische Behandlung und Betreuung. Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen, dürfen Ihre Daten und Proben in einem bereits begonnenen Forschungsprojekt bis zum Projektabschluss ausgewertet werden. Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt. Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Webseite unter Forschung und Lehre.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten und Proben für die Forschung verwendet werden dürfen:

Ja  Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

senden\*

\* Bitte retournieren Sie uns das ausgefüllte Eintrittsformular ohne Unterschrift.  
Die Unterschrift erfolgt am Empfang der Hirslanden Klinik Birshof.