

Formulário do/a paciente com declaração de consentimento de acordo com a proteção legal de dados

Apelido, Nome | Name, Vorname | Nom, Prénom | Cognome, Nome

Nome de solteiro/a | Ledigname | Nom de jeune fille | Cognome da nubile

Morada | Adresse | Adresse | Indirizzo

CP, Lugar de residência | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

Nacionalidade | Nationalität | Nationalité | Nazionalità

Profissão, entidade patronal | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber
Profession, Employeur | Professione, Datore di lavoro

Médico/a de referência / médico/a de família | Zuweisende/r Ärztin /
Arzt, Hausärztin/-arzt | Médecin traitant | Medico curante

Instituição do seguro de saúde / seguro / seguro de acidentes

Krankenkasse / Versicherung / Unfallversicherung | Caisse maladie / Assuranc-
ce / Assurance accidents | Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione infortuni

Cartão do/a segurado/a nº | Versichertenkarten-Nr.
Nº de carte d'assuré-e | No tessera d'assicuratio

Endereço para a faturação (se diverso da morada) | Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)
Adresse de facturation (si différente de l'adresse) | Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)

Pessoa a notificar em caso de emergência (nome, telefone) | 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.)

Representação | Vertretung | Représentation | Rappresentanza

Preencher se for o caso e os dados pessoais não sejam idênticos aos acima referidos | 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

Representante legal | Gesetzlicher Vertreter
Représentant légal | Rappresentante legale

Procuração | Vollmacht | Procuracion | Procura

Tutor / Curador | Vormund / Beistand
Tuteur / curateur | Tutore / Avvocato

Pais | Eltern | Parents | Genitori

Instituição | Institution | Institution | Istituzione

Nome | Vorname | Prénom | Nome

Morada | Adresse | Adresse | Indirizzo

Telemóvel | Mobile

Apelido | Name | Nom | Cognome

CP, Lugar de residência | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

E-Mail

A Lei da Proteção de Dados estipula que o tratamento de dados de saúde requer, por princípio, o consentimento expresso do/a paciente. A fim de cumprirmos esta obrigação legal, cabe-lhe obrigatoriamente confirmar o seguinte consentimento através da sua assinatura.

Assinatura | Unterschrift | Signature | Firma _____

Confirmo expressamente que autorizo o tratamento dos meus dados, o acesso a estes dados pelo/a médico/a supracitado/a ou terapeuta incluído o consultório, assim como a transmissão destes dados aos destinatários referidos abaixo.

Categoria dos dados	Descrição dos dados	Destinatários	Finalidade
Dados de laboratório	Dados do paciente incluindo sangue, urina, fezes, microbiologia, histologia	Laboratório, outros/as médicos/as, terapeutas, hospitais	Avaliações e processamento médico, incluindo análise
Dados dos resultados	Resultados do exame e história clínica	Outros/as médicos/as, terapeutas, hospitais assim como profissionais e estabelecimentos de saúde, farmácias (prescrição eletrónica / eRezept)	Informação destinada a um esclarecimento / tratamento mais eficaz
Dados do/a paciente	Dados de diagnóstico e de tratamento	Outros/as médicos/as, terapeutas, farmácias (incluindo PEM/prescrição eletrónica), consultórios internos e sistemas de cuidados gerenciados, bem como prestadores de serviços de faturação.	Documentação, faturação
Dados principais e de tratamento	Dados para atribuição, tratamento e faturação	Prestador de serviços de faturação, seguradora	Processamento para faturação
Faturação e dados da faturação e da cobrança	Faturação do tratamento e serviços médicos, reclamação de cobrança e processamento posterior de fatura	Ärztelasse Genossenschaft e agência de cobranças escolhida pelo consultório, assim como fornecedor de software ou de informações sobre o consultório e apoio informático escolhidos pelo mesmo.	Faturação em conformidade com os requisitos legais e contratuais, assim como o desenvolvimento informático e para as verificações de fiabilidade creditícia
Dados de tratamento e faturação	Dados por princípio anonimizados ou pseudonimizados	Registos públicos, autoridades estatísticas, assim como Trust Center e a FMH (Swiss Medical Association), sociedades médicas	Obrigações legais de entrada, negociações tarifárias / cálculos de modelos
Dados financeiros e de faturação	Dados para a faturação e o gerenciamento da contabilidade corrente.	Prestadores de serviços de contabilidade e de faturação	Elaboração de faturas e contabilidade

Transmissão de dados

Estou ciente dos possíveis riscos do intercâmbio de dados pessoais particularmente sensíveis (possível acesso a terceiros não autorizados em caso de canais de comunicação inseguros), assim como dos meus direitos, e dou o meu consentimento para o contacto mútuo entre o meu médico/minha médica ou o meu/a minha terapeuta e eu, na qualidade de paciente, através das informações de contacto acima referidas. Além disso, autorizo o meu médico / a minha médica tratante ou o/a terapeuta a obter registos médicos e documentos a meu respeito de outros/as médicos/as e hospitais. O mesmo aplica-se ao intercâmbio de dados dentro do consultório e a substitutos Declaro igualmente o meu consentimento relativamente à utilização de códigos QR e para receitas ou atestados médicos com assinaturas digitais ou eletrónicas. Por princípio, os meus dados são armazenados pela Ärztekasse Genossenschaft exclusivamente para aplicações essenciais na Suíça. Para efeitos de verificação da fiabilidade creditícia, os meus dados pessoais podem ser transmitidos à Inkasso Med AG / Intrum AG e aí armazenados se tal for previsto pelo/a prestador/a de serviços de tratamento.

Processamento de fatura

A Lei Federal do Seguro de Saúde (KVG) estipula que os/as pacientes recebam uma cópia da fatura do médico. Ao assinar este formulário, aceito qual quer

faturação em papel ou por via eletrónica via terceiro pagador / Tiers Payant (faturação direta à caixa do seguro de saúde). Por uma questão de simplicidade, a comunicação relativa à cópia da fatura (apenas via terceiro pagador / Tiers Payant) será enviada para o endereço eletrónico que indiquei, sendo que o nome do meu médico / da minha médica, do meu / da minha terapeuta ou do consultório ser-me-á indicado no e-mail para facilitar a leitura. Por conseguinte, aceito que essas cópias, assim como questões administrativas, tais como as remarcações de consultas, possam ser feitas através da minha comunicação pelo e-mail indicado (por meio do endereço @hin, direcionado para o endereço usual do destinatário, como @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

Atraso no pagamento

Se eu não cumprir a minha obrigação de pagamento dentro do respetivo prazo ou se renunciar a uma objeção fundamentada, ficarei em situação de incumprimento no termo desse prazo, sem qualquer interpeção prévia. Cabe ao prestador de serviços, a qualquer momento, recorrer a terceiros para a cobrança dos pagamentos. Os custos do atraso no pagamento são a meu cargo. Os pormenores sobre as taxas de atraso de pagamento podem ser consultados no seguinte link: www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq.

Com base nas declarações acima e em quaisquer outras explicações verbais, autorizo com a minha assinatura que os meus dados pessoais sejam processados e transmitidos em conformidade com os regulamentos de proteção de dados. Além disso, reconheço que o meu consentimento pode ser revogado, no todo ou em parte, em qualquer altura, sem afetar a legalidade do tratamento efetuado com base no consentimento válido até ao momento da revogação. A revogação deve ser feita obrigatoriamente por escrito. Além disso, o meu pedido de apagamento não conduz, em princípio, ao apagamento, uma vez que o profissional ou o consultório de saúde responsáveis são obrigados por lei a conservar os meus dados. Por conseguinte, o pedido de apagamento só conduz ao apagamento dos meus dados junto do meu profissional de saúde ou consultório em casos excecionais justificados, se houver uma dissolução confirmada. Ao mesmo tempo, neste caso liberto o profissional de saúde que me acompanha da obrigação legal de manter registos. Os dados são, por princípio, armazenados durante 20 anos, mas os registos médicos também podem ser armazenados durante mais tempo sem a notificação expressa do/a paciente.

As consultas marcadas que não forem canceladas com antecedência podem ser-lhe debitadas. Queira informar-nos a tempo, p. f.

Fui informado de que o documento adicional "Informação ao/a paciente sobre o tratamento dos dados pessoais" está à minha disposição.

Data | Datum | Date | Data

Assinatura | Unterschrift | Signature | Firma