

Einverständnis der Patientinnen und Patienten zur Einsicht und Weiterverwendung der Patientendaten

1. Bestehende Patientinnen und Patienten der Praxis
 - spezielles Formular für jede Patientin, jeden Patienten in KG
 - siehe ein Beispiel auf Seite 2

2. Neue Patientinnen und Patienten
 - Ergänzung im Anmeldeformular

«Ich bin einverstanden, dass meine Krankengeschichte bei Bedarf mit anderen Ärztinnen / Ärzten und Spitälern sowie mit externen für die Qualitätssicherung beauftragen Fachpersonen geteilt wird. Diese Personen unterstehen der Geheimhaltungspflicht.»

Einwilligung zur Weiterverwendung von Patientendaten für die Förderung von Qualität und Patientensicherheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir lassen die in unserer Praxis erstellten Krankengeschichten periodisch und stichprobenmässig durch externe medizinische Fachpersonen prüfen. So erhalten wir Rückmeldungen zur Qualität Ihrer Behandlung und / oder zu unserer Praxisorganisation.

Mit Ihrer Einwilligung zur Weiterverwendung Ihrer Daten tragen Sie zur Förderung einer hochstehenden Versorgung und bestmöglichen Patientensicherheit bei.

Herzlichen Dank!

Alle Personen, die Einsicht in Ihre Daten haben, haben sich schriftlich bzw. vertraglich zur Geheimhaltung verpflichtet.

Name	Vorname
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Bei Kindern: Name und Vorname des / der Erziehungsberechtigten	
Geburtsdatum	
Ich bin einverstanden, dass ein_e externe_r Spezialist_in meine Krankengeschichte einsehen darf. <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
Datum:	Unterschrift: