



DS Einwilligungserkl.
S0641

Einwilligung Datenschutzerklärung

Ich bestätige, dass mir die *Patienteninformation Datenschutz* ausgehändigt worden ist.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Patientendaten, den Zugriffen auf meine Patientendaten durch die Ärztin/innen, das medizinische Personal und das administrative Personal der SRO AG, welche mit meiner Behandlung betraut sind oder welche die Daten für administrative oder statistische Zwecke bearbeiten, sowie der Weitergabe meiner Patientendaten an externe Partner, die an meiner Behandlung beteiligt sind, gemäss *Patienteninformation Datenschutz* der SRO AG einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen der SRO AG und mir als Patient/in durch die angegebenen Kontaktinformationen. Patientendaten seitens der SRO AG werden ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Diese Erklärung gilt für alle aktuellen und zukünftigen Behandlungen in der SRO AG, bis auf Widerruf durch den/die Patient/in.

Datum / Zeit:

Unterschrift Patient/in

Datum/Zeit:

Ehegatte / Lebenspartner/in

Eltern

Beistand
