

Nachname:

Cognome:

Surname:

Vorname:

Nome:

First Name:

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Si prega di scrivere in stampatello

Please complete in block letters

Geburtsdatum:

Data di nascita:

Date of birth:

Geschlecht: W

Sesso:

Gender:

M

d

Zivilstand:

Stato civile:

Marital status:

Nationalität:

Nazionalità:

Nationality:

Adresse:

Indirizzo:

Address:

Strasse/Strada/Street:

Strada

Street

PLZ / Wohnort

Codice postale e residenza

ZIP No. & Domicile

Für Minderjährige oder Personen unter Vormundschaft:

Vater, Padre, Father

Mutter, Madre, Mother

Andere Personen, Altri, others

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters:

Nome e indirizzo del rappresentante legale:

Name and Address of the legal representative:

Telefon Privat:

Mobil:

E-Mail:

Telefon Geschäft:

Beruf, Professione, Profession:

Name und Adresse Arbeitgeber:

Nome e indirizzo datore di lavoro:

Name and address of employer:

Krankenkasse:

Cassa malattia:

Health insurance:

Unfallversicherung:

Assicurazione infortuni:

Accident insurance:

Selbstzahler:

Conto privato:

Direct payer:

Sozialzentrum:

Centro di servizio sociale

Social center:

Zuweisung durch:

Assegnata:

Referred to us from:

Datenschutz / Protezione dei dati personali / Data protection

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Informationen für Patientinnen und Patienten auf der folgenden Seite einverstanden bin. Dieses Einverständnis bezieht sich auch explizit auf die Bearbeitung meiner Daten durch solche Dritten, wie z.B. externe medizinische Laboratorien, im Sinne dieses Formulars. 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 meiner Ärztin bzw. meinem Arzt und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Informationen von Patientinnen und Patienten werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherter Kommunikationswege oder verschlüsselt weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Con la mia firma confermo il mio consenso al trattamento dei miei dati, all'accesso ai dati da parte del medico e al trasferimento dei dati a terzi in conformità alle informazioni per i pazienti riportate nella pagina seguente. Questo consenso si riferisce esplicitamente anche al trattamento dei miei dati da parte di terzi, quali laboratori medici esterni, come definito nel presente modulo. Sono consapevole dei possibili rischi connessi allo scambio di dati personali particolarmente sensibili (possibile accesso da parte di terzi non autorizzati in caso di canali di comunicazione non sicuri) e dei miei diritti e do il mio consenso al contatto reciproco tra il mio medico e me in qualità di paziente attraverso le informazioni di contatto sopra riportate. Le informazioni dei pazienti saranno trasmesse dallo studio medico solo attraverso canali di comunicazione sicuri o criptati. Acconsento alla comunicazione di questioni amministrative, come la riprogrammazione di appuntamenti, tramite e-mail non criptate (to a indirizzo del destinatario come @bluewin.ch, @gmail.com ecc.)

I confirm with my signature that I consent to the processing of my data, access to the data by the physician and the transfer of the data to third parties in accordance with the information for patients on the following page. This consent also explicitly refers to the processing of my data by such third parties, such as external medical laboratories, as defined in this form. I am aware of possible risks of data exchange of particularly sensitive personal data (possible insight of unauthorized third parties in case of insecure communication channels) as well as of my rights and give my consent for the mutual contact between my physician and me as patient:in through the contact information provided above. Information from patients will be passed on by the medical practice exclusively via secure communication channels or encrypted. I agree that administrative requests, such as rescheduling appointments, may be made using unencrypted e-mail communication (to recipient address such as @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

Datum:

Data:

Date:

Unterschrift:

Firma:

Signature:

Standort:

Altstetten

Prime Tower

Kürzel MPA _____