

Patienten-Einwilligung und Datenschutzerklärung

Verantwortliche Stelle:

D&C TCM GmbH Praxis für Traditionelle Chinesische Medizin

Poststrasse 9 8620 Wetzikon

E-Mail: info@dc-tcm.ch

Telefonnummer: 041 44 500 44 38

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Der Schutz Ihrer Persönlichkeit und Ihrer Gesundheitsdaten ist uns ein wichtiges Anliegen. Um Ihre Behandlung optimal durchzuführen und die gesetzlichen Vorgaben des Schweizer Datenschutzgesetzes (DSG) sowie des kantonalen Gesundheitsgesetzes zu erfüllen, bitten wir Sie, die folgende Erklärung zu lesen und zu unterzeichnen.

1. Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung

Wir erheben und bearbeiten ausschliesslich Daten, die für Ihre medizinische und therapeutische TCM-Behandlung (z. B. Anamnese, Puls- und Zungendiagnose, Behandlungsdokumentation, Akupunktur- und Kräuterprotokolle) sowie für die administrative Abwicklung (Terminkoordination, Abrechnung) erforderlich sind.

2. Entbindung von der Schweigepflicht und Weitergabe an Dritte

Als TCM-Therapeut(in) unterstehe ich der beruflichen Schweigepflicht. Für eine reibungslose Abwicklung der Behandlung und Abrechnung willige ich ein, dass meine Daten in folgenden Fällen an Dritte übermittelt werden dürfen:

- **An Krankenversicherungen / Zusatzversicherungen:** Zur Prüfung der Leistungsbeschaffung und Rückforderung nach dem Tarif 590 (bzw. dem aktuell gültigen Tarif).
- **An die Abrechnungsstelle:** Zur Erstellung, zum Versand und zum Inkasso der Rechnungen (z. B. via [Name Ihrer Abrechnungsstelle, z. B. Ärztekasse / MediData / selbstständige Fakturierung]).
- **An zuweisende oder mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte / Labore:** Nur sofern dies für den Behandlungserfolg direkt notwendig ist und nach vorheriger Absprache.

3. Digitale Kommunikation

Ich willige ein, dass die Praxis mir Terminerinnerungen, administrative Informationen oder Rechnungen per unverschlüsselter E-Mail oder SMS/Messenger-Dienst an die

von mir angegebenen Kontaktdaten senden darf. Mir ist bekannt, dass die Datensicherheit bei unverschlüsselter digitaler Kommunikation nicht lückenlos garantiert werden kann. *(Hinweis: Falls Sie HIN-Mails nutzen, können Sie diesen Punkt anpassen).*

4. Aufbewahrung und Löschung

Ihre Krankengeschichte wird gemäss den gesetzlichen Vorschriften des Kantons Zürich für **mindestens 10 Jahre** (nach Abschluss der letzten Behandlung) sicher und geschützt aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten datenschutzkonform vernichtet.

5. Ihre Rechte

Sie haben jederzeit das Recht, unentgeltlich Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten Personendaten zu erhalten, diese zu berichtigen oder die Einschränkung der Bearbeitung zu verlangen (soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht entgegensteht).

Einverständniserklärung des Patienten / der Patientin

Ich habe die oben stehenden Informationen verstanden. Ich bestätige die Richtigkeit meiner persönlichen Angaben auf dem Personalienblatt und willige in die beschriebene Bearbeitung meiner Daten sowie in die Entbindung von der Schweigepflicht ein.

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum: _____

Standard-Ort: Wetzikon, den _____ (Datum)

Unterschrift des Patienten (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters):