



## 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** | Krankenkasse /  
Versicherung | Caisse maladie / Assurance | Cassa malati / Assicurazione

**Data de nascimento** | Geburtsdatum  
Date de naissance | Data di nascita

**Sexo** | Geschlecht  
Sexe | Sesso

F  M

**Estado Civil** | Zivilstand | Etat-civil | Stato civile

**Tel. privado** | Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato

**Telemóvel** | Mobile

**Tel. comercial** | Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Tel. ufficio

**E-Mail**

**AHV / AVS nº** | AHV-Nr. | N° AVS | No AVS

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

**Seguro suplementar** | Zusatzversicherung | Assurance complémentaire | Assicurazione complementare

**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

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

**Procuração** | Vollmacht | Procuration | Procura

**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 no verso através da sua assinatura.

**Marcações que não forem canceladas com pelo menos 24 horas de antecedência podem ser debitadas na sua conta. Queira informar-nos a tempo, p.f.**

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

Categoria dos dados	Descrição dos dados	Destinatários	Finalidade
<b>Dados de laboratório</b>	Dados do paciente incluindo sangue, urina, fezes, microbiologia, histologia	Laboratório, outros/as médicos/as, terapeutas, hospitais	Avaliações e processamento médico, incluindo análise
<b>Dados dos resultados</b>	Resultados do exame	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
<b>Dados do/a paciente</b>	História clínica	Outros/as médicos/as, terapeutas, farmácias (incluindo prescrição eletrónica) e internamente o consultório assim como prestadores de serviços no sistema contabilístico	Documentação Faturação
<b>Dados principais e de tratamento</b>	Dados para atribuição, tratamento e faturação	Prestador de serviços de faturação, seguradora	Processamento para faturação
<b>Faturação e dados da faturação e da cobrança</b>	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
<b>Dados de tratamento e faturação</b>	Dados 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
<b>Dados financeiros e de faturação</b>	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. 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 Ärztelasse 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.

#### Processamento de fatura

A Lei Federal do Seguro de Saúde (KVG) estipula que os/as pacientes recebem uma cópia da fatura do médico. Ao assinar este formulário, aceito qualquer 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 interpelação 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](http://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.

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

**Data** | Datum | Date | Data

**Assinatura** | Unterschrift | Signature | Firma