

## Hasta Formu ve Kişisel Verileri İşleme Muvafakatnamesi

**Soyadı, Adı** | Name, Vorname | Nom, Prénom | Cognome, Nome

**Doğum Soyadı** | Ledigname | Nom de jeune fille | Cognome da nubile

**Adresi** | Adresse | Adresse | Indirizzo

**Posta Kodu, Şehir** | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

**Uyruğu** | Nationalität | Nationalité | Nazionalità

**Mesleği, İşvereni** | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber  
Profession, Employeur | Professione, Datore di lavoro

**Sevk Eden Hekim / Aile Hekimi** | Zuweisende/r Ärztin / Arzt,  
Hausärztin/-arzt | Médecin traitant | Medico curante

**Sağlık Sigortası Kurumu (Krankenkasse) / Sigorta** | Krankenkasse /  
Versicherung | Caisse maladie / Assurance | Cassa malati / Assicurazione

**Doğum Tarihi** | Geburtsdatum  
Date de naissance | Data di nascita

**Cinsiyeti** | Geschlecht  
Sexe | Sesso

 K  E

**Medeni Hali** | Zivilstand | Etat-civil | Stato civile

**Telefon (ev)** | Tel. privat | Tél. privé | Tel. privato

**Telefon (cep)** | Mobile

**Telefon (iş)** | Tel. Geschäft | Tél. professionnel | Tel. ufficio

**E-posta Adresi** | E-Mail

**Sosyal Sigorta (AHV) Numarası** | AHV-Nr. | N° AVS | No AVS

**Sigorta Kartı Numarası** | Versichertenkarten-Nr.  
N° de carte d'assuré-e | No tessera d'assicuratio

**Tamamlayıcı Sigorta** | Zusatzversicherung | Assurance complémentaire | Assicurazione complementare

**Fatura Adresi (eğer adresten farklı ise)** | Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse)  
Adresse de facturation (si différente de l'adresse) | Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo)

**Acil durumlarda haber verilecek kişi (isim, telefon)** | 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.)

## Temsil | Vertretung | Représentation | Rappresentanza

**Eğer varsa ve yukarıdaki kimlik bilgilerinden farklı ise lütfen doldurunuz** | 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

**Yasal temsilci** | Gesetzlicher Vertreter  
Représentant légal | Rappresentante legale

**Vasi / Kayyum** | Vormund / Beistand  
Tuteur / curateur | Tutore / Avvocato

**Vekaletname** | Vollmacht | Procuration | Procura

**Ebeveyn** | Eltern | Parents | Genitori

**Kurum** | Institution | Institution | Istituzione

**Adı** | Vorname | Prénom | Nome

**Adresi** | Adresse | Adresse | Indirizzo

**Cep Telefonu** | Mobile

**Soyadı** | Name | Nom | Cognome

**Posta Kodu, Şehir** | PLZ, Wohnort | NPA, Localité | NPA, Località

**E-posta Adresi** | E-Mail

Kişisel Verileri Koruma Kanunu, sağlık verilerinin işlenebilmesi için hastanın açık rızasının şart olduğuna hükmetmiştir. Bu yasal koşulu yerine getirebilmek amacıyla arka sayfadaki muvafakatnameyi imzanızla onaylamanız gerekmektedir.

**En geç 24 saat öncesinden iptal edilmeyen randevular adınıza fatura edilebilir. Zamanında haber vermenizi rica ederiz.**

Hekimlerin veya terapistlerin kişisel verilerimi işlemesine, bunlara erişmesine ve bu verilerin aşağıda belirtilen alıcılara paylaşılmasını kabul ederim.

Veri kategorisi	Veri açıklaması	Alıcı	Amaç
Laboratuvar verileri	Kan, idrar, gaita, mikrobiyoloji ve histoloji verileriyle birlikte hasta verileri	Laboratuvar, diğer hekimler, terapistler, hastaneler	Tespitler, tbbi işlemler ve analiz
Bulgu verileri	Tetkik bulguları	Diğer hekimler, terapistler, hastaneler ve sağlık uzmanları ile sağlık kuruluşları, eczaneler (e-reçete)	Diğer tespitler ve tedavinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için amaca yönelik bilgiler
Hasta verileri	Tıbbi geçmiş	Diğer hekimler, terapistler, eczaneler (e-reçete) ve muayenehane içi ve muhasebe çalışanları	Dokümantasyon Faturalandırma
Kök veriler ve tedavi verileri	Eşleştirme, tedavi ve fatura verileri	Faturalandırma hizmet sağlayıcıları, sigortalayanlar	Faturalandırma için işlemler
Faturalandırma ve hesap kesim ve fatura verileri	Tedavinin ve tıbbi hizmetlerin faturalandırılması, ihtarlar ve diğer fatura işlemleri	Ärztelasse Genossenschaft ve muayenehanenin tercih ettiği tahsilat kurumu ile seçili yazılım veya muayenehane bilişim sistemleri hizmet sağlayıcıları ve BT desteği	Yasal koşullara ve sözleşme koşullarına göre hesap kesimi, BT geliştirme ve kredibilite kontrolleri
Tedavi ve hesap kesim verileri	Anonimleştirilmiş veya şifrelenmiş veriler	Resmi siciller, istatistik kurumları ve Trust Center, FMH (Swiss Medical Association), hekim birlikleri	Yasal kayıt yükümlülükleri, toplu müzakereler / model hesaplamaları
Finans ve fatura verileri	Faturalandırma verileri ve usulüne uygun tutulan defter verileri	Muhasebe ve hesap kesimi hizmet sağlayıcıları	Fatura tanzimi ve muhasebe

#### Diğer Veriler

Özellikle korunması gereken kişisel verilerle veri alışverişinin getirdiği muhtemel risklerin (güvensiz iletişim kanallarında yetkisiz üçüncü kişilerin bu bilgilere ulaşma olasılığı) ve haklarının bilincindeyim ve hekimim veya terapistimle bir hasta olarak benim aramda yukarıda vermiş olduğum irtibat bilgileriyle karşılıklı irtibat kurulmasını kabul ederim. Bu muvafakat muayenehane ve temsilcileri arasındaki veri alışverişi için de geçerlidir. Ayrıca kare kodların kullanılmasını ve dijital veya elektronik imzalı reçete veya doktor raporlarının kullanılmasını da kabul ediyorum. Verilerim esas itibarıyla Ärztelasse Genossenschaft tarafından temel uygulamalar için münhasıran İsviçre'de kaydedilecektir. Kredibilite kontrolü amacıyla kişisel verilerim tahsilat şirketleri olarak Inkasso Med AG / Intrum AG unvanlı şirketlerle paylaşılabilir ve buralarda kaydedilebilir.

#### Fatura işleme

Sağlık Sigortası Federal Kanunu (KVG), doktor faturasının bir örneğinin hastalara verilmesini öngörmektedir. Bu formu imzalamakla basılı halde veya elektronik ortamda Tiers Payant sistemi bünyesinde (faturanın doğrudan

sağlık sandığına kesilmesi) fatura kesilmesini kabul ederim. İşlemleri kolaylaştırmak bakımından faturanın örneğine ilişkin bildirim (yalnızca Tiers Payant sisteminde) vermiş olduğum e-posta adresine yapılır ve daha kolay anlaşılmasını sağlamak amacıyla hekimimin, terapistimin adı bana e-postada yazılı olarak bildirilir. Bu nedenle, böylece fatura örneklerinin ve örneğin randevu değişiklikleri gibi idari isteklerin vermiş olduğum e-posta adresi üzerinden (@hin-adresinden @bluewin.ch, @gmail.com vb. alıcı adreslerine) paylaşılmasını kabul ederim.

#### Ödemelerde temerrüt

Ödeme yükümlülüğümü vadesi içerisinde yerine getirmediğim veya itiraz hakkımdan feragat ettiğim takdirde vadenin dolması ile birlikte ayrıca bir ihtar gerek kalmaksızın temerrüde düşmüş kabul edirim. Hizmet sağlayıcılar istedikleri zaman tahsilat için üçüncü şahıslardan yardım alabilir. Bir temerrüt durumunda ortaya çıkacak olan masraflar hakkındaki ayrıntıları aşağıdaki bağlantıyı ziyaret ederek bulabilirsiniz: [www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq](http://www.aerztekasse.ch/patienteninfo/faq).

Yukarıdaki beyanlara ve diğer bütün sözlü açıklamalara istinaden, aşağıya atmış olduğum imzama kişisel verilerimin kişisel verilerin korunmasına ilişkin yasal hükümlere uygun olarak işlenmesini ve paylaşılmasını kabul ederim. Ayrıca bu muvafakatimi istediğim zaman kısmen veya tamamen geri alabileceğim ve fakat bu durumda muvafakatimi geri alıncaya kadar kişisel verilerimle ilgili muvafaketime dayalı işleme faaliyetlerinin meşru niteliğini kaybetmeyeceği benim dahilindedir. Bu muvafakatimi yalnızca yazılı olarak geri alabilirim. Ayrıca kişisel verilerimin silinmesine yönelik taleplerim neticesinde bu veriler esas itibarıyla silinmeyecektir, çünkü yetkili sağlık personeli ve muayenehane yasal olarak kişisel verilerimi saklamakla yükümlüdür. Bu nedenle kişisel verilerimin toplanmasına onay verdiğim hallerde kişisel verilerimin silinmesine yönelik taleplerim neticesinde sadece haklı istisnai durumlarda tedavimi yürütmüş olan sağlık uzmanı veya muayenehanedeki kişisel verilerim silinir. Aynı zamanda tedavimi yürüten sağlık uzmanını işbu suretle bu durumda yasal saklama yükümlülüğünden başışık tutarım.

"Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Hasta Bilgilendirme Formu" başlıklı ek belgeyi de edinebileceğim hususunda bilgi verildi.

Tarih | Datum | Date | Date

İmza | Unterschrift | Signature | Signature