



Adressaufkleber

wird am Anmeldeschalter aufgeklebt

Einverständniserklärung

Information zum Datenschutz und Einwilligungserklärung

Ihre medizinischen Daten sind durch das Datenschutzgesetz geschützt. Am Medizinisch Radiologischen Institut (MRI) sind dies hauptsächlich Bilder und Berichte zu diesen Bildern. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie bezüglich der Bearbeitung gemäss unserer Datenschutzerklärung (unter <https://www.mri-roentgen.ch/datenschutz/> oder über den QR-Code rechts abrufbar) einverstanden sind.



Insbesondere willigen Sie zu folgenden Bearbeitungen ein:

- Ich bestätige, dass das MRI bis auf Widerruf ermächtigt ist, Voruntersuchungen und Berichte über mich einzufordern, sowie meine Untersuchungen und Berichte an nachbehandelnde Ärztinnen/Ärzte und Spitäler auf Anforderung weiterzugeben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass die erforderlichen Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht und Rechnungsstellung an meine Krankenkasse/Versicherung weitergeleitet werden. Bei Rechtsfragen kann ein Anwalt beigezogen werden, auch dieser untersteht der Geheimhaltungspflicht.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass das MRI mir persönliche Informationen auf meine persönliche E-Mail oder per SMS auf meine Mobiltelefonnummer entsprechend der Datenschutzerklärung zustellen kann. Meine oben rechts aufgedruckte E-Mail-Adresse und die Mobiltelefonnummer sind korrekt.
- Die Behandlung, Verträge und sämtliche Rechtsbeziehungen zwischen Patient, Arzt und MRI unterstehen ausschliesslich schweizerischem materiellem Recht unter Ausschluss allfälliger Kollisionsnormen. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist das ordentliche Gericht in Zürich.

Ort, Datum:

Unterschrift Patientin/Patient:

Einwilligung zur Verwendung von gesundheitsbezogenen Personendaten zu Forschungszwecken

Die Forschung leistet einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Qualität und damit der zukünftigen medizinischen Behandlung. Mit meiner Unterschrift:

- Willige ich ein, dass gesundheitsbezogene Personendaten von mir, welche aus einer medizinischen Behandlung stammen oder anderweitig vorhanden sind, zu Forschungszwecken unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit verwendet werden dürfen;
- Nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich diese ohne Begründung verweigern oder jederzeit widerrufen könnte;
- Nehme ich zur Kenntnis, dass meine Daten für die Forschung verwendet werden können und durch betriebliche, technische und organisatorische Massnahmen geschützt werden. Wir werden dafür sorgen, dass möglichst wenige Personen Zugriff auf Ihre Personenidentifikation (Namen, Adresse, Geburtsdatum etc.) haben. Dazu werden wir Ihre Daten verschlüsseln. Das bedeutet, dass die Daten, die Sie identifizieren können durch einen Code ersetzt werden. Nur Personen, welche Zugang zur Codeliste haben, können Sie identifizieren. Falls wir Ihre Daten zu Forschungszwecken an Dritte weitergeben, sind diese Daten immer verschlüsselt oder anonymisiert, d.h. Dritte werden zu keinem Zeitpunkt Zugang zu Ihrer Identität haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Forschungszwecke verwendet werden dürfen: Ja Nein

Ort, Datum:

Unterschrift Patientin/Patient:

