Überall für alle
SPITEX
Uri

Klientin/Klient:

Name, Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

KL-Nummer _____

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung/-übermittlung für Klientinnen und Klienten

Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung und -übermittlung benötigt die Spitex Uri aufgrund des neuen kantonalen Datenschutzgesetzes. Zur Erfüllung unserer Aufgaben können folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Einwilligungspflichtige Datenverarbeitungen/-übermittlungen			
Datenkategorie	**Datenbeschreibung**	**Empfänger**	**Zweck**
Personaldaten	Aufnahme Personaldaten mit relevanten Daten (z.B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Krankenkasse, Unfallversicherung usw.)	Spitex Uri	Administrative Abwicklung
Gesundheitsdaten	Details zum Gesundheitszustand, Pflegeprozess, Medikation, Behandlungen/ Massnahmen, Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag	Medizinische Leistungserbringer (z.B. Spital, Arzt) sowie Drittinstitutionen (z.B. Spitex, Alters- und Pflegeheim, Klinik, Apotheke, Krankenkasse) sowie Drittfirmen zur administrativen Abwicklung (z.B. Root AG: Perigon)	Medizinische Abklärungen/ Behandlungen sowie Überweisung an andere Drittinstitutionen/-firmen
Abrechnungsdaten	Leistungsdaten zur Fakturierung gemäss Leistungsplanung/Bedarfsabklärung	Medidata - Abrechnungsstelle	Leistungsabrechnung
Medikation, Material	Details zur Medikation, Material und Hilfsmittel der Klientinnen und Klienten	Arzt, Apotheke und Drittfirmen (z.B. Lifestage)	Bestellungen
Pflegebedarf nach Inter-RAI-HC/CMH	Bedarfsabklärung nach Inter-RAI-HC/CMH	HomeCareData	Datenbasiertes Qualitätsmanagment Spitex Schweiz

Alle darüberhinausgehenden personenbezogenen Daten sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Sie nehmen überdies zur Kenntnis, dass die vorliegende Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise

widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Zusätzlich bewilligen Sie die Weitergabe von Daten an folgende Personen (z.B. Familienmitglieder) (freiwillig):

Vorname	_____	_____	_____
Name	_____	_____	_____
Adresse	_____	_____	_____
Beziehung	_____	_____	_____

Hiermit willige ich in die Verarbeitung/Übermittlung der oben aufgeführten Daten ein.

Klientin/Klient oder rechtliche Vertretung

_____	_____	_____
Ort und Datum	Name und Vorname	Unterschrift

Bitte retournieren Sie die ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung zusammen mit der Rahmenvereinbarung.

Bei Beistandschaften oder Vorsorgebeauftragten ist die Verfügung der KESB beizulegen.