

Vorname	Nachname
Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Notfall-Kontaktadresse und -Telefon	
Hausärztin/Arzt	
Ehemalige Augenärztin/Arzt	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

Ich bestätige, dass meine Angaben korrekt sind und ich die Informationen zum Umgang mit Personendaten zur Kenntnis genommen habe.

Ich bin einverstanden (bitte entsprechend ankreuzen), dass

- ☐ im Einzelfall, abhängig von meiner Behandlung und soweit geeignet und erforderlich, eine Übermittlung von Daten an weitere Empfänger (z. B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte) erfolgt.
- ☐ die Praxis mit mir betreffend Erkrankungen/Symptome, Diagnose, Prozedere, Arztbriefe, Versicherungsbriefe, Befunde der Bildgebung, Laborbefunde, Kopien von Arztrechnungen und andere gleichwertige Daten *elektronisch* über einen gesicherten (verschlüsselten) Kommunikationsweg (z. B. Hin-Global Mail) kommuniziert.
- ☐ administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter Kommunikation (z. B. E-Mail, SMS, Messengerdienste (WhatsApp)) erfolgen. Dabei bin ich mir der Risiken dieses Datenaustausches (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten) bewusst.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------