Formular «Zustimmung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Geheimhaltungs- und Schweigepflicht»

Wechsel der beauftragten Spitex-Leistungserbringerin in der Gemeinde Möriken-Wildegg von der Spitex Region Lenzburg zur Spitex 24 AG per 1. Januar 2027

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Zustimmung zur Datenübermittlung

Damit meine Pflege und Unterstützung durch die Spitex 24 AG vorbereitet sowie sicher und kontinuierlich weitergeführt werden kann, ermächtige ich die Spitex Region Lenzburg, die hierfür erforderlichen Informationen und Unterlagen direkt an die Spitex 24 AG zu übermitteln.

Die Zustimmung umfasst insbesondere folgende Personen- und Gesundheitsdaten:

- meine Personalien und Kontaktangaben,
- Angaben zu den aktuell bezogenen Leistungen,
- Bedarfsabklärungen sowie Pflege- und Betreuungsplanungen,
- relevante Informationen aus der Pflegedokumentation,
- für die weitere Versorgung erforderliche Gesundheitsdaten,
- Angaben zu Medikamenten und ärztlichen Verordnungen,
- Angaben zu behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren an meiner Versorgung beteiligten Fachpersonen.

Entbindung von der Geheimhaltungs- und Schweigepflicht

Gleichzeitig entbinde ich die Spitex Region Lenzburg sowie deren Mitarbeitende gegenüber der Spitex 24 AG von ihrer gesetzlichen bzw. beruflichen Geheimhaltungs- und Schweigepflicht, soweit dies für die Datenübermittlung erforderlich ist.

Verwendung meiner Daten

Die übermittelten Daten dürfen von der Spitex 24 AG ausschliesslich zur Sicherstellung einer nahtlosen Pflege und Unterstützung sowie zur Erfüllung der damit verbundenen gesetzlichen und vertraglichen Aufgaben bearbeitet werden. Die Daten sind vertraulich zu behandeln und vor unberechtigtem Zugriff zu schützen.

Freiwilligkeit und Widerruf

Ich wurde darüber informiert, dass die Zustimmung zur Datenübermittlung sowie die Entbindung von der Geheimhaltungs- und Schweigepflicht freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf hat keinen Einfluss auf Daten, die gestützt auf meine Zustimmung bereits rechtmässig übermittelt wurden.

Unterschrift durch die Klientin/Klient

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei Unterzeichnung durch eine vertretungsberechtigte Person

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Funktion (z.B. Beistandschaft, Vorsorgeauftrag, gesetzliche Vertretung):

_____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Rücksendung

Bitte senden Sie das unterzeichnete Formular mit Ihrer Erklärung bis **am 31. Oktober 2026** direkt an:

Spitex 24 AG
Mellingerstrasse 6
5400 Baden

Vielen Dank!