

Adressaufkleber

wird am Anmeldeschalter aufgeklebt

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Información relativa a la privacidad y declaración de consentimiento

Sus datos médicos son protegidos por la ley de protección de datos. En el Instituto Radiológico Médico (MRI) se trata en primer lugar de imágenes e informes relativos a las imágenes. Con su firma usted consiente al procesamiento conforme a nuestra declaración de protección de datos (en: <https://mri-roentgen.ch/privacy-policy/> o a través de nuestro código QR a la derecha).



Usted consiente especialmente a los siguientes procesamientos:

- Confirmando que MRI queda autorizada, hasta que ello sea revocado, a pedir exámenes previos e informes sobre mí así como enviar mis exámenes e informes a los médicos que me sigan tratando y a los hospitales en caso de ser requerido.
- Declaro mi consentimiento a que los datos necesarios para la valoración de mi obligación de prestación y la facturación sean transmitidos a mi caja de enfermedad/seguro. En caso de preguntas legales también podrá consultarse a un abogado, el cual asimismo estará sujeto a la obligación de confidencialidad.
- Consiento a que MRI pueda enviarme información personal sin codificar a mi e-mail personal o por SMS a mi teléfono móvil. Mi dirección e-mail y el número de teléfono móvil impresos arriba a la derecha son correctos.
- El tratamiento, los contratos y todas las relaciones jurídicas entre el paciente, el médico y el instituto MRI están sujetos exclusivamente al derecho material suizo excluyendo cualquier norma de conflictos de leyes. El fuero exclusivo es el juzgado ordinario de Zúrich.

Lugar y fecha:

Firma de la paciente/del paciente:

Consentimiento al empleo de datos personales referidos a la salud para fines de investigación

La investigación contribuye considerablemente a la mejora de la calidad médica y con ello al futuro tratamiento médico. Con mi firma:

- Consiento a que mis datos personales relativos a la salud, obtenidos de mi tratamiento médico y disponibles en otra forma, puedan ser empleados para fines de investigación respetando estrictamente toda confidencialidad;
- tomo nota de que mi consentimiento es voluntario y que podrá rechazarlo sin motivo alguno y revocarlo asimismo en cualquier momento;
- tomo nota de que mis datos podrán emplearse para la investigación, siendo protegidos por medidas operativas, técnicas y de organización. Cuidaremos que tan solo un número muy pequeño de personas puedan tener acceso a mis datos de identificación personal (nombre, dirección, fecha de nacimiento, etc.). Para ello codificaremos sus datos. Esto significa que los datos puedan identificarlos serán sustituidos por un código. Solo las personas con acceso a la lista de códigos podrán identificarle. Si transmitimos sus datos para fines de investigación a terceros, estos datos siempre estarán codificados y anonimizados, es decir que terceros no tendrán en ningún momento acceso a su identidad.

Consiento a que mis datos podrán emplearse para fines de investigación: Sí No

Lugar y fecha:

Firma de la paciente/del paciente: