

Formular „Auskunft über meine Daten“

Ich bin 18-jährig oder älter und möchte Auskunft erhalten:

- ob im Kinderkrebsregister Informationen zu meiner Person erfasst sind.
 welche Informationen zu meiner Person im Kinderkrebsregister erfasst sind.

1. Angaben zu meiner Person:

Anrede

Frau Herr

Vorname(n) _____

Name(n) _____

Ggf. Geburtsname(n) _____

Versichertenr. (AHV-Nr.*) _____

Geburtsdatum _____

Strasse und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail-Adresse _____

*Die AHV-Nr. ist als 13-stellige Zahl auf Ihrer Krankenkassenkarte angegeben.

2. Angaben zum Versand der Informationen

Wenn Informationen zu Ihrer Person im Register vorhanden sind, senden wir diese Ihnen und/oder der (ehemals) behandelnden Ärztin / dem ehemals behandelnden Arzt (z.B. der Kinderonkologin / dem Kinderonkologen) zu. Die Ärztin / der Arzt wird die Informationen und deren Bedeutung gerne mit Ihnen besprechen.

Bitte wählen Sie aus:

- a. Die Informationen sollen **ausschliesslich der behandelnde Ärztin / dem behandelnden Arzt** zugeschickt werden. -> Bitte geben Sie die **Kontaktdaten** der Ärztin / des Arztes unter 4. an.
 b. Die Informationen sollen mir **und** der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt zugeschickt werden. ->
Bitte geben Sie die **Kontaktdaten** der Ärztin / des Arztes unter 4. an.

- c. Die Informationen sollen **ausschliesslich mir** zugeschickt werden.

Wenn die Informationen (auch) an Sie geschickt werden, wie möchten Sie diese erhalten?

Ich möchte die Informationen:

- in elektronischer Form als passwortgeschützte Datei erhalten (der Link zur Datei wird per Email und das Passwort wird separat per SMS geschickt -> Bitte geben Sie im Abschnitt 1 Ihre Handynummer an)
ODER
 in Form eines Ausdruckes mit einem eingeschriebenen Brief per Post erhalten.

3. Kontaktdaten der (ehemals) behandelnden Ärztin/des Arztes (z.B. der Kinderonkologin/des Kinderonkologen) (nur ausfüllen, wenn Sie beim 3. Punkt die Option «a» oder «b» gewählt haben):

Anrede Frau Herr

Vorname(n) _____

Namen(n) _____

Ggf. Name des Spitals _____

Strasse und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

4. Einzureichende Beilagen:

- Kopie Ihres Passes oder Ihrer Identitätskarte

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patientin/Patient: _____