

Patienteneinverständniserklärung zur teledermatologischen Beurteilung durch Swissdermascan GmbH

1. Ablauf der Dienstleistung

- In der Apotheke wird ein hochauflösendes, dermatoskopisches Bild Ihrer Hautveränderung erstellt.
- In der Apotheke findet **keine ärztliche Diagnose oder Beratung** statt.
- Das erstellte Bild wird zusammen mit Ihren Kontaktangaben an einen in der Schweiz zugelassenen Facharzt für Dermatologie der Swissdermascan GmbH übermittelt.
- Der Facharzt für Dermatologie beurteilt das Bild und wird Sie im Anschluss direkt auf der angegebenen Telefonnummer anrufen oder sich über Ihre E-Mail-Adresse melden, um das weitere Vorgehen mit Ihnen zu besprechen.

2. Datenschutz und Datensicherheit

Der Schutz Ihrer sensiblen Gesundheitsdaten hat höchste Priorität und erfolgt streng nach dem Schweizerischen Datenschutzgesetz (DSG):

- **Verschlüsselung & Speicherung:** Die Übermittlung des Bildes erfolgt durchgehend Ende-zu-Ende-verschlüsselt über einen Server mit Standort in der Schweiz.
- **Zugriff: Ausschliesslich** der beurteilende Facharzt für Dermatologie hat Zugriff auf das Bild. Das Apothekenpersonal speichert das Bild nicht lokal.
- Sie haben jederzeit das **Recht auf Auskunft** über Ihre verarbeiteten Daten sowie das Recht, diese Einverständniserklärung für die zukünftige Datenverarbeitung zu widerrufen. Aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungspflichten im Gesundheitswesen müssen Befunde jedoch 20 Jahre aufbewahrt werden.
- Ihre Bilder und Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

3. Medizinische Grenzen der Telemedizin (Wichtiger Hinweis)

Die teledermatologische Beurteilung ist eine wertvolle Ersteinschätzung, unterliegt jedoch gewissen Einschränkungen:

- **Keine 100%ige Sicherheit:** Die Beurteilung erfolgt ausschliesslich auf Basis des übermittelten zweidimensionalen Bildes. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei einer rein teledermatologischen Begutachtung **niemals eine 100-prozentige Diagnosesicherheit** garantiert werden kann.

4. Einverständniserklärung

Bitte lesen Sie die folgenden Punkte aufmerksam durch und bestätigen Sie diese mit Ihrer Unterschrift:

- Da es sich um ein ferndiagnostisches Screening handelt, verzichte ich auf ein vorheriges Arztgespräch über die Risiken einer reinen Ferndiagnostik sowie über alternative diagnostische und therapeutische Massnahmen.
- Ich habe verstanden und akzeptiere, dass eine telemedizinische Diagnose keine 100-prozentige Sicherheit bietet und im Zweifelsfall ein physischer Arztbesuch notwendig sein kann.
- Ich entbinde das Apothekenpersonal und den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht, soweit dies für die Übermittlung der Daten zur Durchführung dieser spezifischen Dienstleistung zwischen Apotheke und Arzt notwendig ist.

Ort, Datum: _____

Vorname und Nachname: _____

Unterschrift Patient/in: _____ (Bei Minderjährigen: Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)

Unterschrift Personal Apotheke: _____ (Zur Bestätigung der Identität und ordnungsgemässen Aufklärung)