

Einwilligung

in die Bearbeitung von Personendaten durch die SNZbB

Die Sanitätsnotrufzentrale beider Basel (SNZbB) hat von mir folgende Registrierungsdaten erhoben:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Handykontaktdaten, Scan des BSL/AED-Ausweises,
- Angaben zu einer allfälligen medizinischen Fachausbildung,
- Angaben zu allfälligen Erfahrungen im Rettungsdienst.

Bei jedem erfolgten Einsatz an einem Notfallpatienten bzw. an einer Notfallpatientin werden zusätzlich die folgenden Einsatzdaten von mir erhoben:

- Personalien,
- Standortdaten via Geo-Tracking,
- Einsatzdatum und genaue Einsatzzeit (Beginn und Ende des Einsatzes),
- Aufenthaltsort bei Alarmierung und Einsatzort.

Die erhobenen Registrierungs- und Einsatzdaten (Personendaten) werden auf einem gesicherten Server der SNZbB gespeichert und nur für die Organisation, Durchführung und Dokumentation der Rettungsmassnahmen bei Herz-Kreislauf-Notfallinterventionen und für die erforderlichen Massnahmen der Qualitätssicherung verarbeitet. Ohne Einwilligung der First Responder werden keine Personendaten an unberechtigte Dritte weitergegeben.

Registrierungsdaten werden nach dem Ausscheiden eines First Responders gelöscht. Einsatzdaten werden während der gesetzlichen Aufbewahrungsdauer von aktuell 10 Jahren aufbewahrt und danach gelöscht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jederzeit das Recht habe:

- Auskunft zu den über mich gespeicherten und verarbeiteten Personendaten zu verlangen,
- die Korrektur fehlerhafter Daten zu verlangen,
- die Löschung fehlerhafter Daten, die nicht korrigiert werden können, zu verlangen,
- die Unterlassung widerrechtlicher Bearbeitung von Daten zu verlangen,
- die Beseitigung der Folgen einer widerrechtlichen Bearbeitung zu verlangen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu den obigen Erläuterungen zu stellen und die vorstehenden Erläuterungen verstanden zu haben. Gestützt darauf gebe ich der SNZbB mit meiner Unterschrift die Einwilligung, meine Registrierungs- und Einsatzdaten wie beschrieben zu bearbeiten.

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Geheimhaltungserklärung

Als First Responder werde ich im Rahmen eines Notfalleinsatzes Wahrnehmungen machen, die die Gesundheits-, Privat- oder Intimsphäre von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten betreffen. Dabei kann es sich beispielsweise um den Namen und den Wohnort, die Identität von Verwandten oder Bezugspersonen, private Räumlichkeiten oder andere Informationen aus der Privatsphäre einer Notfallpatientin bzw. eines Notfallpatienten handeln. Zudem werden mir Informationen über Notfallpatientinnen und Notfallpatienten via App auf mein Handy übermittelt.

Ich bin mir der hohen Sensibilität der vorstehend genannten Informationen bewusst und nehme zur Kenntnis, dass ich in Bezug auf diese Informationen einer strengen gesetzlichen Schweigepflicht unterstehe. Ich verpflichte mich, alle Wahrnehmungen über die Identität von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sowie über deren Gesundheits-, Privat- und Intimsphäre sowie alle mir per App von der SNZbB übermittelten Informationen geheim zu halten und gegenüber Dritten (inkl. den eigenen Angehörigen) strikte Verschwiegenheit zu wahren. Insbesondere verpflichte ich mich, bei Einsätzen weder Fotos noch Filmaufnahmen zu machen, die mir übermittelten Personendaten nicht zu kopieren und nicht abzuspeichern.

Diese Verpflichtung besteht auch nach dem Ausscheiden als First Responder zeitlich unbegrenzt weiter.

Eine Verletzung der Schweigepflicht untersteht sowohl der Strafandrohung gemäss Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs und als auch den Strafbestimmungen der kantonalen Gesundheits- und Datenschutzgesetzgebung. Ein Verstoß gegen diese Schweigepflicht kann zudem zivilrechtliche Folgen haben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu den Ausführungen zur Schweigepflicht zu stellen, deren Bedeutung verstanden und die Schweigepflicht zur Kenntnis genommen habe. Weiter erkläre ich, dass ich mich strikte an die Geheimhaltungsverpflichtung halten werde.

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift