



Applied Health Care

## Einwilligungserklärung

**Persönliche Angaben** (Bitte in Blockschrift ausfüllen. Bestehende Patient:innen nur Vorname, Nachname, Geburtsdatum und Unterschrift. Neupatient:innen das gesamte Formular.)

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	
PLZ und Wohnort	
Tel.	E-Mail
Krankenversicherung	Versichertenkarten-Nr. 80756.
Unfallversicherung	Unfalldatum
Schadennummer	

**Gesetzliche Vertretung** (Bitte ausfüllen sofern gegeben & nicht identisch mit Personalien der/des Patient:in.)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	
PLZ und Wohnort	
Tel.	E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die/den Therapeut:in sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patient:inneninformationen auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner/meinem Therapeut:in und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patient:inneninformationen werden seitens der Praxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patient:innen eine Kopie der Rechnung erhalten. Wir verschicken diese mit Ihrer Einwilligung per E-Mail.

Ja, ich bin einverstanden, dass die Kopie sowie die Rechnungen über die Zusatzversicherung per E-Mail zugestellt werden.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

**Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.**



Applied Health Care

## Patient:inneninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Applied Health Care Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

**Verantwortlichkeiten** Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Applied Health Care. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre:n Therapeut:in.

**Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung** Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde:n Therapeut:in im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von Ärzt:innen und weiteren Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Patient:innendokumentation werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Dokumentation umfasst die auf dem Patient:innenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde und Therapieverläufe.

**Dauer der Aufbewahrung** Ihre Patient:innendokumentation wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie sicher gelöscht bzw. vernichtet.

**Weitergabe der Daten** Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe der notwendigen Patient:innen- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger:innen (z.B. Ärzt:innen, andere interne Therapeut:innen, etc.).

**Widerruf Ihrer Einwilligung** Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

**Auskunft, Einsicht und Herausgabe** Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Patient:innendokumentation einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

**Recht auf Datenübertragung** Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

**Berichtigung Ihrer Angaben** Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.