

Anmeldeformular

Nachname _____ Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

E-Mail _____

Bei Kindern (<18 Jahren): Name, Adresse und Tel.-Nr. der Eltern/Vormund + Unterschrift

Wie sind Sie auf uns gekommen?

- Empfehlung vom Arzt/Ärztin Empfehlung von Bekannten Fitness Google Webseite Instagram
 Partnerverein Partnerfirma Ich war schon mal hier Sonstiges: _____
-

Zuweisender Arzt/Ärztin _____

Kostenträger

- Krankenkasse (bitte Krankenkassenkarte bereit legen zum Einscannen): Name _____
 Unfallversicherung: Name _____ Unfalldatum _____ Schaden-Nr. _____
 Selbstzahler:in oder ausländische Versicherung

Im Falle einer Absage eines Termins bitten wir Sie, dies frühzeitig zu melden. Bei Terminen, welche nicht 24 Stunden im Voraus (auch bei Krankheit und Unfall) abgemeldet wurden, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet diese privat zu verrechnen. Sie können Termine per Telefon, Anrufbeantworter oder E-Mail jederzeit absagen.

Mit der Unterzeichnung bestätigen Sie, die medizinische Trainingstherapie (MTT) ausschliesslich unter physiotherapeutischer Aufsicht durchzuführen.

Wir weisen darauf hin, dass die Grundversicherung oder Unfallversicherung Ihre Behandlung nur mit gültiger ärztlicher Verordnung (nicht älter als 5 Wochen) übernimmt. Für die Organisation der Physiotherapieverordnung sind Sie zuständig. Falls Sie keine gültige Verordnung vom Arzt/von der Ärztin haben, wird Ihnen die Behandlung privat in Rechnung gestellt.

Leistungen, welche privat in Rechnung gestellt werden (z.B. Massage, private Physiotherapie, Dry Needling, Stosswellentherapie, versäumte Termine), werden per E-Mail verschickt.

Falls Sie Ihrer Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nachkommen, erhalten Sie eine Mahnung (inkl. Mahngebühr). Nach der dritten Mahnung wird eine Betreibung eingeleitet.

Damit die Rechnung von Ihrer Kranken- oder Unfallversicherung übernommen wird, schicken wir diese direkt an die Versicherung. Hierfür leiten wir die notwendigen Patient:innendaten an MediData weiter. Ein effizienter und sicherer Datenaustausch ist gewährleistet. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Bearbeitung Ihrer Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die/den Physiotherapeut:in sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patient:inneninformation auf der Rückseite einverstanden sind. Sie sind sich möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie Ihrer Rechte bewusst und geben Ihr Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen Ihrer/Ihrem Physiotherapeut:in und Ihnen als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Informationen zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Physiotherapiepraxis (nachfolgend Physiotherapiepraxis) 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 Physiotherapiepraxis. 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 Physiotherapeut: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 Physiotherapeut: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 Patientendokumentation werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Patientendokumentation umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdata und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde und Therapieverläufe.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Patientendokumentation wird während zehn Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder 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.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Ärzt:innen, andere Physiotherapeut:innen).

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 Patientendokumentation 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.