

Patientenformular Erstkontakt

Dieses Dokument ist durch alle Patienten/innen auszufüllen, welche keine Mailadresse haben und daher nicht bereits ein Mail mit dem Link und der Bitte die persönlichen Daten bei uns zu kontrollieren, erhalten haben.

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	
Hausarzt/in	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

Gesetzliche Vertretung

(Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der/des Patient/in)

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

Fragebogen für Erstkontakt

Um Sie gründlich und gezielt behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einige wichtige Informationen. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, helfen wird Ihnen gerne. Herzlichen Dank!

AKTUELLE BESCHWERDEN: Grund für die Therapie?

ZIEL: Was möchten Sie in der Physiotherapie erreichen?

ERWARTUNG: Welche Erwartung haben Sie an die Physiotherapie?

Patientenformular Erstkontakt

MEDIKAMENTE:

Welche Medikamente auch pflanzliche Präparate (Tabletten, Injektionen, Pflaster, ...) nehmen Sie zurzeit ein:

Was:	Dosierung/ Häufigkeit:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

Für weitere Informationen die Rückseite verwenden

NEBENDIAGNOSEN:

Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

NEIN / JA	Krebs, falls JA; welche Art? _____
NEIN / JA	Herz-/Kreislaufproblematik (z.B. hoher Blutdruck, Kreislaufprobleme, ...)
NEIN / JA	Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Fibrose, COPD, ...)
NEIN / JA	Neurologische Erkrankungen (MS, Schlaganfall, ...)
NEIN / JA	Rheumatoide Arthritis oder andere entzündliche Gelenkerkrankungen
NEIN / JA	Arthrose
NEIN / JA	Diabetes
NEIN / JA	Depression
NEIN / JA	Thrombose
NEIN / JA	Osteoporose
NEIN/ JA	Allergien (welche): _____
NEIN / JA	Andere: _____

INFORMATIONEN ZU UNSERER PRAXIS:

Die Therapiezeit ist eine Bruttozeit, d.h. die Therapiezeit beinhaltet Umkleiden, Dokumentation, Instruktionen, Kontaktaufnahme oder Absprache mit Zuweisenden (falls notwendig), Terminkoordination und Reinigung.

Die Therapiehäufigkeit bzw. – Intervall kann je nach Problematik und Zielsetzung unterschiedlich sein und wird durch den/die Therapeuten/in in Absprache mit Ihnen festgelegt.

EIGENÜBUNGEN:

Für einen wirkungsvollen und v.a. langfristigen Erfolg ist es zwingend erforderlich, dass gezielte und individuelle Übungen täglich zu Hause selbständig durchgeführt werden. Dies hilft dem Körper sich dauerhaft an die Belastung bzw. Bewegung zu gewöhnen. Diese Übungen sind ein fester Bestandteil der

Patientenformular Erstkontakt

Physiotherapie. Dies unterscheidet auch die Physiotherapie von einer rein passiven Therapie wie z.B. Massage. Die Übungen werden in der Einzeltherapie instruiert, geübt und kontrolliert. Auf Wunsch können Sie ihr Handy in die Therapie mitbringen, damit wir mit Video oder Fotos die Übungen zur besseren Erinnerung dokumentieren können.

Zusätzlich bieten wir Ihnen die Übungen jederzeit aktuell auf ihr Handy per Physitrack App an.

RECHNUNGSKOPIE:

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patient/innen eine Kopie der Physiotherapierechnung erhalten. Bitte wählen Sie, ob Sie die Rechnungskopie elektronisch (kostenlos), in Papierform (Erstellung in der Therapiezeit) oder gar nicht erhalten möchten. (Es kann auch die Mailadresse von Angehörigen sein)

- kein Rechnungskopie erwünscht
- elektronische Übermittlung an folgende Mailadresse: _____
- Post Übermittlung an Wohnadresse

TERMINE

Im Verhinderungsfall erwarten wir **Ihre Abmeldung bis spätestens 24 Stunden vor dem geplanten Termin** unter 076 264 20 90 (Nachricht auf Combox, SMS, Whatsapp, Mail). Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen **einen Unkostenbeitrag von Fr. 50.- verrechnen müssen**, falls der Termin unentschuldigt nicht wahrgenommen wird. Diese Kosten werden von der Krankenkasse und anderen Versicherungen nicht übernommen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die/den Physiotherapeut/in sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner/meinem Physiotherapeut/in und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Physiotherapiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Patientenformular Erstkontakt

BEMERKUNG / WEITERE INFORMATIONEN:

Patientenformular Erstkontakt

AGB Detail zur Einwilligung

Patienteninformation 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, 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 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.
- 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. Bitte reichen Sie Ihr Gesuch zur Akteneinsicht in schriftlicher Form auf dem Postweg unter Beilage eines unterzeichneten Personalausweises (ID oder Pass mit Foto) in Kopie sowie Ihrer Privatadresse ein. Bei einem Auskunftsgesuch durch Dritte muss eine gültige Vollmacht vorliegen.

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.