



Praxis UfePunkt
Janine Meier-Berger
Hangstasse 4
5623 Boswil
www.praxisufepunkt.ch

Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

Name, Vorname

Geb. Datum

Strasse, Ort

Mobile

E-Mail

AHV Nr.

Versicherungskarten Nr.

Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, werden mit 50CHF in Rechnung gestellt. Ich bitte Sie um rechtzeitige Information.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Klienten und Klientinnen voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, sind Sie gehalten, die nachfolgende Einwilligung auf der Rückseite mittels Unterschrift zu bestätigen.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die Therapeutin sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin:

Befunddaten

Untersuchungsbefund: Gezielte Informationen zur effizienten weiteren Abklärung / Behandlung. Diese befinden sich auf der gesicherten Plattform Healthadvisor (Dienstleister) und werden nur in Rücksprache mit dem Klienten an Therapeuten oder Ärzte weitergegeben.

Patientendaten

Krankengeschichte: Benötigte Informationen zur Dokumentation und Rechnungstellung. Diese befinden sich auf der gesicherten Plattform Healthadvisor (Dienstleister) und werden nur in Rücksprache mit dem Klienten an Therapeuten oder Ärzte weitergegeben.

Stamm- und Behandlungsdaten

Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung. Benötigte Informationen für die Rechnungsstellung. Diese befinden sich auf der gesicherten Plattform Healthadvisor (Dienstleister) und werden nur in Rücksprache mit dem Klienten an Therapeuten oder Ärzte weitergegeben.

Behandlungs-, Rechnungs- und Abrechnungsdaten

Fakturierung der Behandlung und med. Leistungen, Mahnungen und weitere Rechnungsverarbeitung. Bei Praxis Ufe Punkt wird die Behandlung direkt vor Ort bar, via EC Karte oder Twint bezahlt. Die Abrechnung erfolgt nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und wird jeweils Ende Juli und Dezember an die Klienten verschickt.

Finanz- und Rechnungsdaten

Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung. Benötigte Informationen zur Erstellung der Rechnung und Buchhaltung. Diese Daten werden von meinem Buchhalter vertraulich behandelt.

Weitergabe Daten

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Therapeutin und mir als Klient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Zur Vereinfachung bin ich einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen, kurzfristige Terminabsagen infolge Krankheit über meine angegebene Handynummer per Whatsapp oder Anruf oder Email erfolgen.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschungsantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschungsantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Praxis. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument
«Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» in der Praxis
zur Verfügung steht.

Name /Vorname in Blockschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____