
PATIENTENDATEN

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum
Strasse	PLZ / Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Krankenversicherung	Vers. Nr.
Zuweisende/r Ärztin/Arzt	AHV-Nr.

Gesetzliche Vertretung/Eltern (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

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

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ergotherapeutin oder den Ergotherapeuten sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der Rückseite 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 Ergotherapeutin/meinem Ergotherapeuten und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Sensible Patienteninformationen werden seitens der Ergotherapiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben (@hin-Adresse oder Postversand).

Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@ergothalwil-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

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

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Ergotherapiepraxis (nachfolgend Praxis) 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 Praxis. 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 Therapeutin / Ihren Therapeuten.

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 Therapeutin / Therapeuten im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinisch-therapeutischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte 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, Therapieempfehlungen und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie vorbehaltlich anderer Abreden vernichtet. Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten).

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 an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- 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 berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

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 Krankengeschichte 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.

Einwilligung zur Auskunftserteilung/Schweigepflichtentbindung an Dritte

Name des **Kindes**

Name der **Eltern/gesetzliche Vertretung**

Name der **Ergotherapeutin**

Sie sind die Eltern des obengenannten Kindes, welches bei uns in ergotherapeutischer Behandlung ist.

Als Berufsausübende eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes sind wir **zur Schweigepflicht verpflichtet**.

Für eine gute und koordinierte Behandlung Ihres Kindes ist eine Absprache unter den verschiedenen involvierten Personen/Disziplinen zielführend und notwendig. Damit wir uns mit anderen Personen oder Berufsgruppen betreffend der Behandlung Ihres Kindes absprechen können, braucht es Ihre Einwilligung.

Die Absprachen betreffen lediglich die Inhalte, die zur Erreichung der Therapieziele notwendig sind. Der diskrete und respektvolle Umgang damit wird gewahrt. Wenn ein digitaler Kommunikationsweg besteht, verwenden wir in der Regel den geschützten Weg mit der Plattform HIN.

Diese Einwilligung erlischt automatisch mit Abschluss der Ergotherapie. Es ist zudem jederzeit möglich, diese Schweigepflichtenbindung zu widerrufen.

Mit der Unterschrift auf diesem Formular entbinden Sie uns von der Schweigepflicht ausschliesslich gegenüber folgenden Personen bzw. Institutionen:

Arzt Name: Adresse:

Schule/Kinderarten

Schulpsychologischer Dienst

Psychomotorik

Früherziehung

Logopädie

Physiotherapie

KJPP Horgen

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift
