

**Bitte setze deine Initialen auf Seite 1 & 2 (unten rechts) und unterschreibe die letzte Seite, wenn du das Dokument druckst oder scannst.
Wir benötigen alle drei Seiten.**

Patientenformular

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können dir in Rechnung gestellt werden. Wir bitten um rechtzeitige Information.

Wichtig: Für die Verordnung von deinem Arzt gilt, dass du für die Begleichung des ausstehenden Betrags verantwortlich bist, falls die Krankenkasse oder die IV keine Zahlung übernimmt.

Für Intensiv- und DMI-Programme muss der Gesamtbetrag des Pakets und/oder die Rechnung vor der ersten Sitzung vollständig bezahlt werden.

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir dich darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Physiotherapiepraxis (nachfolgend Physiotherapiepraxis) deine Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir dich über deine Rechte, welche du im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen kannst.

Verantwortlichkeiten Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung deiner Personendaten und insbesondere deiner Gesundheitsdaten ist die Physiotherapiepraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn du deine Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen willst, wende dich bitte an das Praxispersonal oder direkt an deinen Physiotherapeuten

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) deiner 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 den behandelnden Physiotherapeuten im Rahmen deiner Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von Arzt und weiteren Gesundheitsfachpersonen, bei denen du in Behandlung warst oder bist, falls du hierfür deine Einwilligung gegeben hast. In deiner Patientendokumentation werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit deiner 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.

Bildmaterial Es ist vorgesehen, im Rahmen der Therapie einzelne Fotos und Filmaufnahmen deines Kindes aufzunehmen. Diese werden ausschliesslich für interne Zwecke verwendet und sind Bestandteil der Patientendokumentation. Mit deiner Erlaubnis würden wir gerne ausgewähltes Material verwenden, um anderen Eltern zu helfen und Bildungsunterlagen über unsere Therapien bereitzustellen. Wir würden es sehr schätzen, wenn wir dieses Material nutzen dürften. Beispiele findest du auf unseren Social-Media-Kanälen (<https://www.youtube.com/@ApexaQLASuisse>) und auf unserer Website (apexaqla.ch).

Wir danken dir dafür. Bitte wähle die entsprechende Option unten aus:

- Mein Kind darf gefilmt und fotografiert werden
- Mein Kind darf gefilmt und fotografiert werden aber nicht erkennbar sein auf public webistes and media (Gesicht wird nicht erkennbar gemacht)
- Mein Kind darf nicht gefilmt und fotografiert werden

Du darfst Im Rahmen des Heimprogrammes Übungssequenzen in der Therapie mit ihrer Kamera aufnehmen. Diese dürfen weder weitergeschickt noch veröffentlicht werden. Sie sind ausschließlich für den persönlichen Gebrauch zur Durchführung der Übungen zu Hause.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Patientendokumentation wird während dreissig Jahren nach deiner letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit deiner ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet. **Weitergabe der Daten** deine Personendaten und insbesondere deine medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn du im Rahmen deiner Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt hast.

- Die Übermittlung an deine Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der dir 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).
- Rückmeldung des Therapieverlaufes an den verordneten Arzt mündlich oder schriftlich
- Kontaktaufnahme mit involvierten Fachpersonen (z.B. andere Therapeut, Pädagogin)

Widerruf deiner Einwilligung Hast du für eine Datenbearbeitung deine ausdrückliche Einwilligung gegeben, kannst du eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir deinen 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 Du hast jederzeit das Recht, Auskunft zu deinen Personendaten zu erhalten. Du kannst deine 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 dir vorgängig bekannt gegeben.

Recht auf Datenübertragung Du hast 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 deinen 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 du feststellst oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, hast du die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit deiner Daten festgestellt werden, hast du die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks

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

Notfall-Kontaktadresse und -Telefon:

Gesetzliche Vertretung (Eltern)

Mutter Vater Andere

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

Mutter Vater Andere

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

Sorgerecht beide Mutter Vater Andere

Versicherung

Krankenkasse	Versicherten-Nr
Kartenummer	AHV-Nummer
Kostenträger <input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> IV; gültig bis	
Hausarzt	Verordnende Arzt

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch den Physiotherapeuten 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 meinem Physiotherapeuten und mir als Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Physiotherapiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@physio-hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen, sowie Termin Erinnerungen via SMS und z.B. Whatsapp.

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

Ort, Datum

Unterschrift