



## Einwilligungserklärung / Patientenformular

Sie sind bei mir in ergotherapeutischer Behandlung. Oder Sie sind Partner / Partnerin des Patienten / der Patientin, die bei mir in ergotherapeutischer Behandlung ist.

Als Berufsausübende eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes bin ich zur Schweigepflicht verpflichtet. Für eine gute und koordinierte Behandlung des Patienten ist eine Absprache unter den verschiedenen involvierten Personen zielführend und notwendig. Damit ich mich mit anderen Personen oder Berufsgruppen bezüglich der Behandlung meines Patienten absprechen kann, 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. Bei einem digitalen Kommunikationsweg verwende ich den geschützten Weg mit der Plattform HIN.

Mit diesem Formular entbinden Sie mich von der Schweigepflicht ausschliesslich gegenüber folgenden Personen bzw. Personengruppen:

| Berufsgruppe              | Name | Telefonnummer |
|---------------------------|------|---------------|
| Arzt / Ärztin             |      |               |
| Psychiater / Psychiaterin |      |               |
| Spitex                    |      |               |
| Arbeitgeber               |      |               |
| Nahestehende Personen     |      |               |
| Logopädie                 |      |               |
| Physiotherapie            |      |               |
| Weitere Person            |      |               |

Des Weiteren möchte ich Sie darüber informieren, dass das Wahrnehmen von regelmässigen Terminen für die Kontinuität der Behandlung grundlegend ist. Aus diesem Grund bitte ich Sie Termine, die nicht wahrgenommen werden können bis spätestens 24 Stunden vorher abzusagen. Sie ersparen sich somit die private Verrechnung der reservierten Leistung.

# Patientenformular

**Ergotherapie Corina Rapp**

St. Jakobs-Str. 41

4132 Muttenz

Tel.: +41 (0)76 225 70 43

E-Mail: corina.rapp@evs-hin.ch

## **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                                                                                       | Arbeitgeber      |
| Notfall-Kontaktadresse und -Telefon                                                         |                  |
| Hausärztin/Arzt                                                                             |                  |
| Krankenversicherung                                                                         | Versicherten-Nr. |
| Unfallversicherung                                                                          | Versicherten-Nr. |

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

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

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Praxis 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 Therapeutin und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Praxis ausschliesslich über gesicherter Kommunikationswege weitergegeben.

- ☐ Ich bin einverstanden, dass rein administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit E-Mail-Kommunikation oder über WhatsApp erfolgen.
- ☐ Ich bin einverstanden, dass Sie mir Ergotherapieberichte, sowie Rechnungskopien per E-Mail zusenden.

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

## Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informiere ich Sie darüber, zu welchem Zweck ich Ihre Personendaten erhebe, speichere oder weiterleite. Zusätzlich informiere ich 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 mich.

**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 mich im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalte ich auch Daten von weiteren 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 medizinischen 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 mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

**Weitergabe der Daten** Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermittle ich 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 Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Psychiater, andere Therapeuten).

Sämtliche Daten werden auf einem Server bei Pharmed Solution AG (einem externen Dienstleistenden in der Schweiz) gespeichert. Dieser Dienstleister stellt mir die Praxissoftware zur Verfügung. Mit Pharmed Solution AG ist vertraglich geregelt, dass sie angemessene Massnahmen betreffend Sicherheit und Schutz der Personendaten treffen. Ich wähle meine Dienstleistenden sorgfältig aus und stelle vertraglich sicher, dass diese Ihre Daten nur so bearbeiten, wie ich das tun dürfte. Ihre Daten werden von Pharmed Solution AG verschlüsselt und sind für diesen Dienstleister nicht einsehbar.

Sofern ich externe Dienstleistende beauftrage, stelle ich vertraglich sicher, dass sie angemessene Massnahmen betreffend Sicherheit und Schutz der Personendaten treffen und die Daten nur zu den Zwecken bearbeiten, wie ich das selber tun dürfte.

**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 ich Ihren schriftlichen Widerruf erhalten habe 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 ich automatisiert bzw. digital verarbeite, 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.

**Kontaktangaben** Bei Fragen können Sie mich unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Ergotherapie Corina Rapp  
St. Jakobs-Str. 41  
4132 Muttens  
+41 (0)76 225 70 43  
corina.rapp@evs-hin.ch