

# Patientenformular für *Osteo – chez nous* mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung



## Persönliche Angaben

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Adresse	PLZ, Ort
Tel./Mobile	E-Mail
Hausärztin/Hausarzt	
Zusatz-Krankenversicherung	

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis, dass die Osteopathie-Praxis meine Daten bearbeiten darf und diese Inhalte bei Bedarf auch an Dritte gemäss der nachfolgenden Patienteninformation weiterleiten kann.**

Mir sind die Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst. Ich erteile mein Einverständnis für den Kontakt zwischen meinem\*r Therapeut\*in und mir als Patient\*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen an Dritte werden seitens der Praxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation oder per SMS erfolgen.

Das Dokument mit Patienteninformationen über Personendaten habe ich erhalten (Siehe Seite 2) und ich wurde darüber informiert, dass diese ebenfalls auf der Homepage der Praxis zur Verfügung stehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Termine, die ich **nicht spätestens 24 Stunden im Voraus** absage, vollumfänglich zu meinen Lasten mit CHF 126.- verrechnet werden.

Ort, Datum	Unterschrift
_____	_____

## Information für Patient\*innen zum Umgang mit Personendaten

Alle unsere Patient\*innen erhalten diese Informationen zu unserem Umgang mit ihren persönlichen und sensiblen Daten in unserer Praxis. Wir informieren Sie zudem über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

**Datenerhebung und Zweck der Datenbearbeitung:** Wir erheben Ihre Daten im Rahmen des für die Therapie notwendigen Rahmens. Dies umfasst nebst Ihren persönlichen Angaben (etwa Kontaktdaten und Versicherungsangaben) namentlich auch die im Rahmen der Behandlung durchgeführten Gespräche sowie die Resultate von Anamnesen, Differentialdiagnosen und Therapien. Informationen von weiteren Gesundheitsfachpersonen werden nur nach Erhalt Ihres Einverständnisses integriert und verwendet.

Gestützt auf den Behandlungsvertrag und die gesetzlichen Vorgaben (VVG) erfolgt zur Erfüllung des Behandlungszwecks zwangsweise eine Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten. Der Umfang bleibt beschränkt auf die für Ihre gesundheitliche Behandlung notwendigen Inhalte.

**Aufbewahrung:** Die erhobenen und bearbeiteten Daten werden in der Regel zehn Jahre, spätestens aber zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in unserer Praxis gelöscht. Nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung werden die gesammelten Daten länger aufbewahrt.

**Dateneinsicht und Datenweitergabe:** Ihre personenbezogenen Daten geben wir intern ausschliesslich an Personen oder Bereiche unserer Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten. Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn Sie dem zugestimmt haben. Als einzige Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis.

**Datensicherheit:** Soweit Ihre Daten physisch existieren, sind diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt. Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort usw.).

**Kommunikationsmittel:** Die schriftliche zwischen der Praxis und Ihnen kann per E-Mail stattfinden. Daten ohne gesundheitliche Inhalte (etwa Terminverschiebung) können auf Ihre angegebene Mailadresse auch unverschlüsselt versendet werden.

**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.

**Auskunfts-/Einsichtsrecht, Korrekturen:** Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Daten einsehen oder auch eine Kopie verlangen. 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.

**Zuständigkeit:** Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Praxis. Bei Fragen oder Anliegen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte direkt an Ihren\*n zuständiger Therapeut\*in.