

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

Kontaktdaten

Name	Vorname(n)
Geburtsdatum	
Gesetzlicher Vertreter (für Minderjährige oder sofern gegeben)	
Zivilstand	Notfall-Kontaktperson (Name, Vorname, Tel.-Nr.)
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Telefon (Privat/Mobil/Geschäft)	E-Mail
Beruf/Tätigkeit	Arbeitgeber
Krankenkasse	Versicherungsnr.
Bei Unfall: Versicherung und Schaden-/Unfallnr.	
Hausärztin/Hausarzt (Name, Adresse)	Letzter Besuch
Empfohlen/Zugewiesen von	
Krankenkassenmodell	
<input type="checkbox"/> Freie Arztwahl <input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell <input type="checkbox"/> HMO-Modell o.Ä. <input type="checkbox"/> Telmed/First Call/Medgate o.Ä.	

Kostendeckung: Die chiropraktische Behandlung ist Pflichtleistung der obligatorischen Grundversicherung der Krankenkasse, der Unfall-, Militär- und Invaliditätsversicherung.

Mit meiner Unterschrift berechtige ich Sie, Röntgenbilder, Berichte und sonstige medizinische Auskünfte einzuholen oder an andere Medizinalpersonen weiterzuleiten. Ebenfalls erlaube ich die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die zuständige Versicherung oder Krankenkasse weiterzuleiten. Die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen oder damit befassende Rechtsanwälte und zuständige staatliche Instanzen sind miteingeschlossen. Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Behandlungen durch Leistungserbringer der Praxis Chiropraktik am Stadthofplatz Rapperswil AG ist der Ort der Praxis.

Datenschutz: Zudem bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der letzten Seite einverstanden bin.

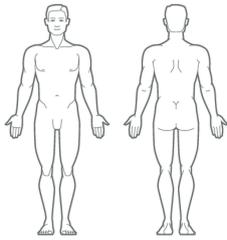
Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-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.

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, Termine 24h vorher abzusagen. Ansonsten erfolgt die Verrechnung von 50.- CHF pro angebrochene Viertelstunde ohne Kassenpflicht.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte zeichnen Sie den Ort Ihrer Beschwerden ein.



Angaben zur Gesundheit

Damit wir Sie von Anfang an möglichst umfassend betreuen können, bitten wir Sie im Voraus um einige Angaben. Über eventuell auftretende Veränderungen in meiner Krankengeschichte werde ich Sie informieren.

Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Ja, Welche? Nein

Hatten Sie Operationen? Welche und wann (Jahr)?

Hatten Sie Unfälle/schwere Stürze (Autounfall, Sportunfall etc.)? Welche und wann (Jahr)?

Haben Sie jemals eine Fraktur oder andere Verletzungen erlitten? Welche und wann (Jahr)?

Hatten Sie schon einmal eine schwere Krankheit oder leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?
(z.B. Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Blutgerinnungsstörung, Diabetes, Infektionskrankheiten, Lungen-, Leber-, Nieren-, Stoffwechsel- oder Nervenerkrankungen, Krebserkrankungen etc.)

Haben Sie Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten? Ja, Welche? Nein

Suchtmittel: Nikotin, Alkohol, andere Drogen? Was und wie viel?

Wie gross und wie schwer sind Sie?

Haben Sie in letzter Zeit zu- oder abgenommen? Wie viel und in welchem Zeitraum?

Gibt es familiäre Vorerkrankungen? (Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Thrombosen/Embolien, Krebserkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, andere?)

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja, Woche? Nein

Information und Eiverständniserklärung über die chiropraktische Behandlung: Die chiropraktische Therapie ist eine gut verträgliche und nebenwirkungsarme Behandlungsmethode, die sich in erster Linie mit Schmerzen und Funktionsstörungen des Bewegungsapparates sowie der daraus entstehenden Beschwerden befasst. Mögliche Nebenwirkungen, Risiken und Komplikationen der chiropraktischen Behandlung, insbesondere der Impulsmanipulation, sind im Folgenden aufgeführt.

Die häufigsten Nebenwirkungen sind **lokale Schmerzen und Verspannungen**, welche sich in der Regel jeweils innerhalb von 24-48 Stunden deutlich zurückbilden. Weiter können bei Behandlungen der Halswirbelsäule für kurze Zeit **Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit** und selten Ohrgeräusche auftreten. Sehr selten (ca. 1:5'000'000 Behandlungen der Halswirbelsäule) können schwerwiegende Komplikationen der Halsgefässe auftreten, besonders wenn diese bereits durch eine Vorerkrankung geschädigt waren. Bei Personen mit verminderter Knochensubstanz (z.B. Osteoporose) besteht ein erhöhtes Risiko für Rippenfrakturen bei Manipulation im Bereich des Brustkorbes. Bitte weisen Sie Ihre/n Chiropraktor/in auf mögliche Ihnen bekannte Risikofaktoren hin (z.B. Essstörungen, frühe Menopause, Rauchen).

Sie werden bei der Erstkonsultation von Ihrer/m Chiropraktor/in über die Befunde, Diagnose und entsprechende Behandlungsoptionen sowie allfällige Risiken aufgeklärt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die oben aufgeführten Punkte zur Kenntnis nehmen und verstanden haben. Bei Unklarheiten sprechen Sie umgehend ihrem/r Chiropraktor/in an.

Ort, Datum

Unterschrift _____

Dr. med. chiro. Regina Vollenweider

Chiropraktik am Stadthofplatz Rapperswil AG, Obere Bahnhofstrasse 58a, 8640 Rapperswil, Telefon 055 220 04 80

info@chiropraktik-rapperswil.ch, www.chiropraktik-rapperswil.ch

GLN 7601002979009

Information für Patientinnen und Patienten zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) 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 Arztpraxis. 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 Ärztin bzw. Ihren Arzt.

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 behandelnde Ärztin oder den Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen und Ärzten sowie 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 Formular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge 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 übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrags notwendig 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.
- Die Übermittlung an ein externes Laboratorium, zum Zweck der Durchführung von Laboranalysen. In der Regel arbeiten wir diesbezüglich mit der Analytica AG und / oder ihrer Tochtergesellschaft Genetica AG zusammen (gemeinsam "Analytica"). Informationen darüber, wie Analytica Ihre Daten bearbeitet, finden Sie auf der Webseite von Analytica unter folgendem Link: www.analytica.ch/datenschutzerklaerung/
- 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. 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.