



Vital-Aku TCM Praxis

Poststrasse 1, 6343 Rotkreuz

Frau Herr Geburtsdatum _____

Nachname _____ Vorname _____

Körpergrösse _____ Gewicht _____

Familienstand _____ Beruf _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ Mobile _____

E-Mail _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung Ja Nein

Hausarzt (Name und Ort) _____

Sind Sie schwanger (bei Frauen)? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente für Blutverdünnung? Ja Nein

Sonst andere Medikamente? _____

Operationen? _____

Welche Beschwerden haben Sie?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Flyer Internet Überweisung Bekannte Andere _____

Darf Ihnen die Rechnung per E-Mail geschickt werden? Ja Nein

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen / Patienten voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, sind Sie gehalten, die nachfolgende Einwilligung auf der **Rückseite** mittels Unterschrift zu bestätigen.



Vital-Aku TCM Praxis

Poststrasse 1, 6343 Rotkreuz

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf diese Daten durch die Therapeutin sowie der Weitergabe dieser Daten an die folgenden Empfänger einverstanden bin:

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Befunddaten	Untersuchungsbefunde	Weitere ÄrztInnen, TherapeutInnen, Spitäler und Gesundheitsfachpersonen und -Einrichtungen, Apotheken (eRezept)	Gezielte Information zur effizienten weiteren Abklärung/Behandlung
Patientendaten	Krankengeschichte	Weitere Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, Apotheken (inkl. eRezept) und Praxisintern sowie Dienstleister im Rechnungswesen	Dokumentation Rechnungsstellung
Stamm- und Behandlungsdaten	Daten für Zuordnung, Behandlung und Rechnung	Dienstleister für Rechnungssteller, Versicherer	Verarbeitung zur Rechnungsstellung
Rechnungsstellung und Abrechnungs- und Rechnungsdaten	Fakturierung der Behandlung und therapeutischen Leistungen, Mahnung und weitere Rechnungsverarbeitung	Ärztelasse Genossenschaft und von der Praxis gewählte Inkassostelle sowie gewählte Software- oder Praxisinformations- Anbieter und IT Support	Abrechnung nach gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben sowie IT-Entwicklung
Finanz- und Rechnungsdaten	Daten zur Fakturierung und Führung der ordentlichen Buchhaltung	Buchhaltungs und Abrechnungsdienstleister	Erstellung Rechnung und Buchhaltung

Weitergabe Daten

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 Patientin / Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen. Auch hinsichtlich der Verwendung von QR Codes und für Rezepte oder Arztzeugnisse mit digitaler oder elektronischer Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis.

Rechnungsverarbeitung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Ich akzeptiere mit der Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch via E-Mail auf die von mir angegebene E-Mail-Adresse, wobei der Name meiner Therapeutin bzw. der Praxis zur einfacheren Lesbarkeit mir gegenüber in der E-Mail genannt wird. Ich bin daher einverstanden, dass solche Kopien sowie auch administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen über meine angegebene E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluwien.ch, @gmail.com etc.), oder in anderer elektronischer Form (z.B. Chat Plattform) erfolgen.

Zahlungsverzug

Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringende kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungs- verzugs. Mahnungen werden mit einer Gebühr verrechnet.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. Praxis. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

- Ich wurde informiert, dass mir das Zusatzdokument «Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten» zur Verfügung steht

Ort und Datum:

Unterschrift