



## Patientenfragebogen und Einverständniserklärung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor dem ersten Termin aus.

### Personalien

Anrede  Frau  Herr  Divers

Name  Vorname

Geburtsdatum

Strasse Nr.

PLZ/Ort

E-Mail  Telefon

Beruf  Arbeitgeber

Notfall-Kontakt

Hausärztin/Arzt

Zusatzversicherung Krankenkasse  Ja  Nein

Wenn ja, welche?

### Hauptbeschwerde

z.B. Rückenschmerzen, Schlafstörungen usw.

**Beschreiben Sie die Beschwerde. Seit Wann? Wodurch (Auslöser) und Wie (stechend)? usw.**



**Um die Anamnesen zu ergänzen, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Stichworte an:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hitzegefühl          | <input type="checkbox"/> Kältegefühl/Frieren  | <input type="checkbox"/> Bevorzugen Sie Kälte           |
| <input type="checkbox"/> Bevorzugen Sie Wärme | <input type="checkbox"/> Schwitzen            | <input type="checkbox"/> Nachtschweiss                  |
| <input type="checkbox"/> Trockener Mund       | <input type="checkbox"/> Husten               | <input type="checkbox"/> Auswurf gelb/grün              |
| <input type="checkbox"/> Atemnot              | <input type="checkbox"/> Fieber               | <input type="checkbox"/> Migräne                        |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen        | <input type="checkbox"/> Schwindel            | <input type="checkbox"/> Augenflimmern                  |
| <input type="checkbox"/> Tinnitus             | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit      | <input type="checkbox"/> Haarausfall                    |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen            | <input type="checkbox"/> Druck auf Brust      | <input type="checkbox"/> Herzklopfen                    |
| <input type="checkbox"/> Heisshunger          | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit     | <input type="checkbox"/> Magenbrennen                   |
| <input type="checkbox"/> Blähungen            | <input type="checkbox"/> Völlegefühl          | <input type="checkbox"/> Verstopfung                    |
| <input type="checkbox"/> Durchfall            | <input type="checkbox"/> Häufiges Wasserlösen | <input type="checkbox"/> Trüber Urin                    |
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündung     | <input type="checkbox"/> Urin-Inkontinenz     | <input type="checkbox"/> Häufiges nächtliches Urinieren |
| <input type="checkbox"/> Einschlafstörung     | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörung   | <input type="checkbox"/> Müdigkeit                      |
| <input type="checkbox"/> Pollenallergie       | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen     | <input type="checkbox"/> Asthma                         |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck        | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck  | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit                |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose          | <input type="checkbox"/> Epilepsie            | <input type="checkbox"/> HIV                            |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis            | <input type="checkbox"/> Rheumaleiden         | <input type="checkbox"/> Venenbeschwerden               |
| <input type="checkbox"/> Gelenkbeschwerden    | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche       | <input type="checkbox"/> Zittern                        |

### **Emotionen**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Traurig/Depressiv       | <input type="checkbox"/> Ängstlich/Schreckhaft |
| <input type="checkbox"/> Zornig/Wütend/Gereizt   | <input type="checkbox"/> Unruhig/Nervös        |
| <input type="checkbox"/> Lebensfroh/Optimistisch | <input type="checkbox"/> Vergesslich           |
| <input type="checkbox"/> Sorgenvoll              |  |

### **Frauen**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen vor der Menstruation | <input type="checkbox"/> Schmerzen während der Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Klumpen im Blut                | <input type="checkbox"/> Zu starke Blutung                  |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschwerden PMS | <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen                    |
| <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten         | <input type="checkbox"/> Störung der Sexualfunktion         |
| <input type="checkbox"/> Verhütung                      | <input type="checkbox"/> Sind Sie zurzeit Schwanger         |



**Männer**

- Prostatavergrößerung  
 Störung der Sexualfunktion

- Hodenschmerzen  
 Geschlechtskrankheiten

**Operationen Wann? Was?**

[Redacted area for surgical history]

**Aktuelle Medikamente (Blutverdünnung usw.)**

[Redacted area for current medications]

- Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein  
Treiben Sie Sport?  Ja  Nein

**Bemerkungen**

[Redacted area for remarks]

**Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?**

[Redacted area for source of referral]

Empfehlung, Bekannte, Internet, Google, Werbung usw.

**Besten Dank für Ihre Mithilfe**



**Gesetzliche Vertretung** (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit den oben genannten Personalien)

Institution

Name  Vorname

Strasse Nr.

PLZ/Ort

E-Mail  Telefon

**Rechnungsversand**

Per Post  Per E-Mail, an folgende E-Mail-Adresse

Die Einwilligung zum Rechnungsversand per Email ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Therapeutin 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. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen, wie zum Beispiel Rechnungsversand und Terminverschiebungen, mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation, WhatsApp oder SMS erfolgen kann. Ich bin mir bewusst, dass durch den unverschlüsselten Versand, nicht ausgeschlossen werden kann, dass unberechtigte Dritte unbemerkt darauf zugreifen oder die Informationen verändern können.

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

Ort, Datum  Unterschrift

## **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Praxis (nachfolgend Praxis) 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 Praxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihre Therapeutin.

### **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/die behandelnde Therapeutin im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir 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 übermitteln wir 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.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- 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. Labore, 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.