



Einwilligungserklärung/Patientenformular

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Geschlecht weiblich männlich divers

Vorname Name

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon/Mobile E-Mail

Geburtsdatum Hausärztin/
Hausarzt

Krankenkasse/
Invaliden-
versicherung Versicherten-Nr.

Unfall-
versicherung Schaden-Nr.

Unfalldatum

Gesetzliche Vertretung (nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit oben genannten Angaben)

Institution

Vorname Name

Strasse, Nr. PLZ, Ort

Telefon/Mobile E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ergotherapeutin oder den Ergotherapeuten sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Gesundheitsinformation 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 Ergotherapeutin bzw. meinem Ergotherapeuten und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Sensible Gesundheitsinformation werden seitens der Ergotherapiepraxis 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.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Grundversicherung bzw. Unfall- oder Invalidenversicherung die Therapie auf ärztliche Verordnung übernimmt. Wird die Therapie begonnen, bevor die Kostengutsprache erfolgt ist, werde ich bei einem negativen Bescheid die Kosten selber übernehmen.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten (CHF 60.–) verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.



Information zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Ergotherapiepraxis SRK Kanton Bern 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 das Praxispersonal oder direkt an Ihre Therapeutin bzw. Ihren Therapeuten.

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 den behandelnden Therapeuten bzw. die behandelnde Therapeutin im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von 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 medizinisch-therapeutischen 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, Therapievorschlüsse und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie vorbehaltlich anderer Abreden vernichtet. Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten).

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 Gesundheits- 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. 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 Bestreitungsvermerk. Damit können Sie zum Ausdruck bringen, dass Sie mit der Wertung oder Darstellung nicht einverstanden sind. Sie können entweder eine eigene Stellungnahme abgeben, die dem Dossier beigefügt wird, oder auch nur einen Vermerk machen, dass Sie bestimmte Daten nicht für richtig halten.



Einwilligung zur Auskunftserteilung an Dritte

Name Ergotherapeut:in

Sie sind bei uns in ergotherapeutischer Behandlung. Oder Sie sind Partner:in des Patienten bzw. der Patientin oder Eltern des Kindes, das bei uns in ergotherapeutischer Behandlung ist.

Als Berufsausübende eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes sind wir zur Schweigepflicht verpflichtet.

Für eine gute und koordinierte Behandlung der Patientin bzw. des Patienten ist eine Absprache unter den verschiedenen involvierten Personen zielführend und notwendig. Damit wir uns mit anderen Personen oder Berufsgruppen betreffend der Behandlung unseres Patienten bzw. unserer Patientin absprechen können, 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. Wenn ein digitaler Kommunikationsweg besteht, verwenden wir in der Regel den geschützten Weg mit der Plattform HIN.

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

Berufsgruppe	Name	Telefonnummer	E-Mail
Ärztin/Arzt			
Psychiater:in			
Neuropsychologie			
Neurologin/Neurologe			
Arbeitgeber			
Sozialdienst			
Weitere professionelle Personen			
Vertrauenspersonen			
Lehrer:in			
Andere Therapeuten: Psychomotorik Logopädie Physiotherapie			
Schulpsychologischer Dienst			