

## Einwilligungserklärung/Patientenformular

### Patientenformular

#### Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Notfall-Kontaktadresse und -Telefon	
Hausärzt:in	
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.

#### Gesetzliche Vertretung

(Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der/des Patient:in)

Institution	
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail

#### Einwilligungserklärung für Behandlung und Datenverarbeitung

Ich bestätige hiermit mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, dem Zugriff auf diese Daten durch die/den Physiotherapeut:in sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäß den festgelegten Patienteninformationen zum Umgang mit Personendaten einverstanden bin.

Mir ist bewusst, dass der Datenaustausch von besonders schützenswerten Personendaten mögliche Risiken birgt, wie die Einsichtnahme von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen. Ich bin über meine Rechte und mögliche Risiken informiert und willige ein, dass meine/mein Physiotherapeut:in und ich als Patient:in über die oben angegebenen Kontaktinformationen in gegenseitigem Kontakt stehen dürfen. Die Weitergabe von Patienteninformationen seitens der Physiotherapiepraxis erfolgt ausschließlich über gesicherte Kommunikationswege. Ich bin damit einverstanden, dass administrative Anliegen wie Terminverschiebungen mittels unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen können,



jedoch ausschließlich an die Adresse [@physio-hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.].

Des Weiteren bestätige ich mein Einverständnis, gemäß den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG), eine Kopie der Physiotherapierechnung auf Verlangen zu erhalten.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass die AGBs von Convalis Physiotherapie GmbH auf mich Anwendung finden und akzeptiere diese.

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

**Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.**