

Anmeldeformular

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	Postleitzahl/Ort	_____
Geburtsdatum	_____	AHV-Nummer	_____
Telefon	_____	Mobiltelefon	_____
Krankenkasse	_____	Beruf	_____
E-Mail-Adresse	_____		

Über welche Versicherung wird Ihre Behandlung abgerechnet?

Krankheit Unfall Militärversicherung Schwangerschaft

In welchem Versicherungsmodell sind Sie versichert?

HMO- oder Hausarztmodell Telmed/Firstcall/Medgate o.ä. Freie Arztwahl

Name und Adresse des/der Hausarztes/ärztin _____

Falls Sie zu uns überwiesen, wurden:

Name und Adresse des/der zuweisenden Arztes/Ärztin _____

Für die Beurteilung meines Gesundheitszustandes ermächtige ich Chiros & Team Informationen von anderen Ärzten und Ärztinnen oder Therapeut:innen einzuholen und entsprechende Informationen an andere Fachpersonen weiterzuleiten. Hierfür entbinde ich Chiros & Team von ihrem Berufsgeheimnis.

Die Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Versicherung liegt in der Verantwortung der/des Versicherten. Die von der zuständigen Versicherung eingeforderten Berichte werden erstellt und in Rechnung gestellt. Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten mittels Versichertenkarte im Online-Verfahren abzufragen und sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Bitte beachten Sie bei Massagen: Die Abklärung einer allfälligen Kostenübernahme durch Ihre Zusatzversicherung liegt in Ihrer eigenen Verantwortung. Die Behandlungskosten sind direkt nach der Konsultation zu begleichen. Folgende Zahlungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung: EC-Karte, Kreditkarte, TWINT.

Chiropraktische Behandlungsmethoden (Impulsmobilisation, Mobilisation ohne Impuls, Weichteiltechniken, Dry Needling) sind grundsätzlich sicher und Komplikationen treten äusserst selten auf. Wie bei jeder medizinischen Behandlung kann es zu Nebenwirkungen kommen. Als Nebenwirkungen können Zunahme der Beschwerden, Verspannungen, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Schwindel auftreten. Diese sind zeitlich begrenzt und klingen innerhalb von wenigen Tagen wieder ab. Zu diesen Komplikationen zählen Frakturen (insbesondere der Rippen), wobei Personen mit verminderter Knochendichte ein höheres Risiko tragen. Verletzung von Halsarterien im Zusammenhang mit Manipulation der HWS wurden in der Literatur vereinzelt dokumentiert, jedoch konnten neue Studien keinen direkten kausalen Zusammenhang bestätigen.

Ich bestätige, diese Sachverhalte zur Kenntnis genommen zu haben und werde mich bei Fragen an die/den für mich zuständige/n Chiropraktor:in wenden. Der Gerichtsstand für Streitigkeiten aus Dienstleistungen von Leistungserbringern der Praxis Chiros & Team ist Bern.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit dem Erhalt eines Newsletters von Chiros & Team einverstanden bin.

Bitte senden Sie mir keinen Newsletter

Bitte auch die Rückseite ausfüllen

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:	Nein
Haben Sie Schmerzen? Falls Ja: Wo? Seit Wann? Kreuzen Sie die Intensität an (0 = Kein Schmerz, 10 = Stärkster vorstellbarer Schmerz) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sind Sie zurzeit in einer anderen Behandlung? Falls Ja: Bei Wem?	
Wurden von Ihrem Skelett bereits Röntgen- oder MRI- Aufnahmen gemacht? Falls Ja: Wann? Welche Körperteile?	
Leiden oder litten Sie je unter: Schlaganfall Schwindel Krebs/Tumor Diabetes Kopfschmerzen Atemschwierigkeiten Psychische Probleme Rheumatische Krankheiten Herz-Kreislaufstörungen Verdauungsstörungen Andere Krankheiten Schlafstörungen	
Haben Sie nach einem Unfall Körperverletzungen/Frakturen erlitten? Falls Ja: Wann? Welche Körperteile?	
Wurden Sie schon einmal operiert? Falls Ja, Wann? Was wurde operiert?	
Nehmen Sie Medikamente ein? Falls Ja: Welche und Dosierung?	
Treiben Sie Sport? Falls Ja: Welche Sportarten? Wie oft?	
Rauchen Sie? Falls Ja: Seit Wann? Wie viele Zigaretten pro Tag?	

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht m w d	Geburtsdatum

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

Institution

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

Ich bestätige 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 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 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.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Weitere Informationen zu unserer Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Website: www.chirosundteam.ch.

Patienteninformation 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 / 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/den behandelnde/n Ärztin/Arzt 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 Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte 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.