

Neuanmeldung / Fragebogen

Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Natel:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Krankenkasse (Zusatz):	Unfallversicherung:
Hausarzt:	Beruf:
Hobbys:	Sport:

Behandlungsgrund:

Gesundheitsfragen

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, Grund?

Haben Sie eine ärztliche Diagnose?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben Sie Herz-, oder Kreislauferkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Ihr Blutdruck ist?

☐ Normal? ☐ Zu hoch / tief?

Haben Sie Asthma oder Atemwegsbeschwerden?

☐ Nein ☐ Ja

Haben oder hatten Sie Venenbeschwerden?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben oder hatten Sie einen Tumor oder eine andere Krebsart?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Hatte ein Familienmitglied einen Tumor oder eine andere Krebsart?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben Sie Osteoporose?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie rheumatische Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Diabetes, Schilddrüse, Cholesterin, Hormonstörungen, etc.)

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben Sie eine Nervenerkrankung? (Parkinson, MS, Epilepsie, etc.)

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Allergien?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben Sie Hautkrankheiten?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Haben Sie infektiöse Krankheiten (AIDS, Hepatitis, etc.)?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Andere Erkrankungen / Knochenbrüche?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja welche?

Hatten Sie Operationen?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

Hatten Sie mal einen Unfall?

☐ Nein ☐ Ja, welcher?

Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Ja, in welcher Woche?

Sonstige wichtige Informationen an den Therapeuten:

Hiermit bestätige ich, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Terminabsagen: Wir möchten Sie bitten, sich im Verhinderungsfall mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzumelden. Für Terminabsagen oder Verschiebungen am Montag bitten wir Sie, sich bis Freitag (Vorwoche) um 16.00 Uhr abzumelden. Andernfalls müssen wir den Termin zu 100% in Rechnung stellen, da die Behandlungszeit speziell für Sie reserviert wurde. Besten Dank für Ihr Verständnis!

Datum:

Unterschrift Patient/in:

Patienteninformation / Einwilligungserklärung betreffend Datenschutz, E-Mail und SMS Versand

**Der verantwortungsvolle Umgang mit Daten von Patienten ist Teil eines ethisch verantwortlichen Handelns.
Datenschutz und Datensicherheit sind zentrale Anliegen unserer Praxis.**

Personendaten

Fast immer, wenn Sie mit uns oder wir mit Ihnen interagieren, werden auch Personendaten bearbeitet (Homepage / Telefon). Im Rahmen von Behandlungen bearbeiten wir regelmässig auch Gesundheitsdaten von Ihnen. Es ist zudem wichtig, unsere Angebote auf Ihre individuellen Bedürfnisse ausrichten zu können.

Generell versuchen wir Personendaten auf das für den Verwendungszweck nötige Mindestmass zu beschränken. Für die Gesundheitsdaten gilt zudem die berufliche Schweigepflicht. Um Daten vor unberechtigtem Zugriff zu schützen, sorgen wir einen den Risiken angemessenen Schutz und treffen umfassende Sicherheitsmassnahmen.

Ihre Personendaten können von allen Therapeuten unserer Praxis eingesehen und genutzt werden. Für Gesundheitsdaten gilt dies generell nur eingeschränkt und selbstverständlich unter Einhaltung der geltenden beruflichen Schweigepflicht.

Wir bearbeiten Personendaten solange wir ein berechtigtes Interesse an der Speicherung haben oder sie einer gesetzlichen Aufbewahrungspflicht unterliegen. Sie dürfen jederzeit Einsicht in Ihre Personendaten verlangen.

Kommunikation

Wir möchten zusammen in Kontakt bleiben, nur so können wir auf individuelle Anliegen eingehen. Für unsere Kommunikation nutzen wir unterschiedliche Kommunikationsmittel, für welche Sie uns Ihr Einverständnis geben. Dies sind folgende: Telefon (inkl. Anrufbeantworter), Mobiltelefon (inkl. Combox & SMS), E-Mail oder Briefpost.

Die Zustellung der Quittung inkl. Rückforderungsbeleg erfolgt jeweils per E-Mail. Mit Ihrer Unterschrift sind Sie damit einverstanden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir Ihnen beim E-Mail-Verkehr nicht den rechtlich notwendigen Schutz garantieren können (insbesondere kann der Zugriff unberechtigter Dritter auf die E-Mails samt Anhängen nicht ausgeschlossen werden.) Des Weiteren ist es möglich, dass bei der Kommunikation per SMS die Mitteilung auf mehreren Geräten gleichzeitig erscheint (zb. Mobiltelefon & Tablet), sofern diese unter demselben Benutzer-Account registriert sind. Es besteht daher ein Risiko, dass bspw. Familienmitglieder die Nachrichten mitlesen können.

Sie wurden über die Möglichkeiten und Risiken des Datenschutzes respektive -Austausches sowie Ihre Rechte aufgeklärt. Eine allfällige Anpassung oder Widerruf erfolgt schriftlich per Post oder per E-Mail an die Praxis Winsan GmbH in Dagmersellen sowie an Ihren Therapeuten.

Die Geschäftsführung der Praxis ist grundsätzlich datenschutzrechtlich verantwortlich und überwacht die korrekte Datenbearbeitung. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich jederzeit an sie wenden.

Die Vereinbarung gilt ab untenstehenden Datum mit Unterschrift.

Ort, Datum: _____

Name / Vorname (bitte in Druckbuchstaben): _____

Unterschrift Patient/in: _____