

## **Einwilligungserklärung / Patientenformular**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Wir heissen Sie herzlich Willkommen in unserer Praxis und es freut uns, dass Sie uns gefunden haben. Es liegt uns am Herzen ihre Füsse gut versorgen zu können und allfälligen Komplikationen vorzubeugen. Wir bitten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand sorgfältig durchzulesen, vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

---

### **Persönliche Angaben:** (Bitte in Blockschrift ausfüllen.)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefon:
Strasse / Nr.:	Mobil:
PLZ / Wohnort:	E-Mail:
Krankenkasse:	Name Hausarzt:
Karten-Nr.:	Tel. Hausarzt:
AHV Nr.:	Ort Hausarzt:

ja    nein    Sie sind einverstanden, dass für die Dauer des Behandlungsverhältnisses bei der med. Fachpraxis Podologie Bühler jegliche Ärzte ihrer Schweigepflicht entbunden sind und umgekehrt.

ja    nein    Sind Sie zum ersten Mal in podologischer Behandlung?

---

### **Gesetzliche Vertretung:** (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit den Personalien des Patienten.)

Institution:	
Name:	Vorname:
Strasse / Nr.:	Mobil:
PLZ / Wohnort:	E-Mail:

---

### **Angaben zu Ihrer Gesundheit:**

ja    nein    Wurden Sie an den unteren Extremitäten operiert?  
Wenn ja, was und wann?

ja    nein    Tragen Sie Einlagen oder orthopädische Schuhe?

ja    nein    Sind ihre Füsse im Alltag extremen Situationen oder Belastungen ausgesetzt? (z.B. langes stehen, Fussball)

ja    nein    Sind Sie Diabetiker?  
Wenn ja seit wann?                      Typ 1    Typ 2

ja    nein    Nehmen Sie Insulin bzw. andere Medikamente gegen erhöhten Blutzucker?

ja    nein    Nehmen sie Blutverdünnende Medikamente?  
Wenn ja, welche?

ja    nein    Nehmen Sie regelmässige Medikamente ein?  
Wenn ja, welche?



- ja    nein    Leiden Sie an arteriellen Durchblutungsstörungen (pAVK)?
- ja    nein    Leiden Sie an venösen Rückflusstörungen (CVI)?
- ja    nein    Leiden Sie an Krampfadern (Varizen)?
- ja    nein    Leiden Sie an Gicht, Rheuma, Osteoporose oder Gelenkerkrankungen?
- ja    nein    Wurden bei Ihnen ansteckende Erkrankungen diagnostiziert wie AIDS, Hepatitis, Tuberkulose, MRSA oder ESBL?
- ja    nein    Leiden Sie an einer Hauterkrankung wie Neurodermitis, Ekzeme oder Psoriasis?
- ja    nein    Sind Sie ein Bluter?
- ja    nein    Leiden Sie an Sensibilitätsstörungen (Neuropathie)?
- ja    nein    Leiden Sie an einer Unverträglichkeit auf Pflaster, Latex, Jodpräparate, Pflegepräparate oder Wollwachs?
- ja    nein    Leiden Sie unter Allergien?  
Wenn ja, welche?

---

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Herz-/Kreislaufkrankungen?**

- ja    nein    Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
- ja    nein    Herzrhythmusstörungen
- ja    nein    Angina Pectoris
- ja    nein    Herzinfarkt, wenn ja wann?
- ja    nein    Herzschrittmacher
- ja    nein    erhöhter Blutdruck (Hypertonie)
- ja    nein    niedriger Blutdruck (Hypotonie)
- ja    nein    Shunt/Stunt

---

**Leiden Sie an weiteren Erkrankungen?**

---

**Was ist der Grund für Ihren Besuch?**

---

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

Internet                      Prospekt                      Zeitung                      Werbeschild                      Empfehlung

---

Beim Schleifen, Fräsen und Feilen sowie beim Abtrag der Hornhaut kann es zu Hautverletzungen kommen, welche zu Entzündungen führen können. Sie sind sich den Risiken einer Behandlung bewusst.

Bei einer Änderung Ihres Gesundheitszustandes oder Ihrer Personalien sind Sie verpflichtet dies während des Behandlungsverhältnis bei der med. Fachpraxis Podologie Bühler mitzuteilen.

Ich bestätige, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die med. Fachpraxis Podologie Bühler sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation 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 der med. Fachpraxis Podologie Bühler und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Patienteninformationen werden seitens der med. Fachpraxis Podologie Bühler ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen. Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patienten/innen eine Kopie der Rechnung erhalten.

**Sie nehmen zur Kenntnis, dass Termine, welche Sie nicht wahrnehmen können, mindestens 24 h vorher abgesagt werden müssen. Nicht rechtzeitig abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt (65.00 Sfr.).**

Ort:

Datum:

Unterschrift:

---

#### **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die med. Fachpraxis Podologie Bühler Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informiert Sie die med. Fachpraxis Podologie Bühler 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 med. Fachpraxis Podologie Bühler. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte direkt an die med. Fachpraxis Podologie Bühler.

##### *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 behandelnde Podologin im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren 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 5 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.
- 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 Gesundheitsfachpersonen).

##### *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 die med. Fachpraxis Podologie Bühler Ihren schriftlichen Widerruf erhalten hat 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, welche die med. Fachpraxis Podologie Bühler automatisiert bzw. digital verarbeitet, 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.