

## PATIENTENSTAMMBLATT UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

|   |  |                    |  |
|---|--|--------------------|--|
| Titel                                     |  | Geschlecht         |  |
| Vorname                                   |  |                    |  |
| Nachname                                  |  |                    |  |
| Straße                                    |  |                    |  |
| PLZ und Ort                               |  |                    |  |
| Festnetz                                  |  | Handy              |  |
| E-Mail                                    |  |                    |  |
| Sozialversicherungsnummer                 |  | Geburtsdatum       |  |
| Krankenkasse                              |  | Zusatzversicherung |  |
| Hausarzt                                  |  |                    |  |
| Sie haben von swissphysio erfahren durch: |  |                    |  |
| o) Arzt:                                  |  | _____              |  |
| o) Internet:                              |  | _____              |  |
| o) Empfehlung von:                        |  | _____              |  |

### Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Ich erkläre mich einverstanden, dass durch die Praxis „SWISSPHYSIO“ meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen.

SWISSPHYSIO benutzt das Programm von Offisy GmbH: <https://offisy.at/datenschutzerklaerung/>

Ich bin jederzeit berechtigt Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen, sowie mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

### Einwilligung in die Behandlung

Mein Therapeut hat mit mir ein ausführliches Aufklärungsgespräch geführt und mich über die geplante Behandlung sowie deren Risiken und mögliche Nebenwirkungen informiert. Ich willige hiermit in die Behandlung ein.

### Stornogeühren

**Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich Termine mindestens 24 Stunden im Vorhinein absagen muss, ansonsten wird mir der ausgefallene Termin in Rechnung gestellt.**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Datum                         | Unterschrift _____   |
| Zutreffendes bitte ankreuzen: | <input type="checkbox"/> Ich erkläre mich damit einverstanden, Rechnungen von swissphysio als PDF-Dokument per E-Mail zu erhalten.<br><input type="checkbox"/> Ich erkläre mich damit einverstanden, den quartalsweisen Newsletter von swissphysio via E-Mail zu erhalten. |
|                               | Unterschrift _____   |