



## Fragebogen Kinder ab 2 Jahren

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zur ersten Behandlung mit.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht O m O w O d

gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Mobile: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse Zusatzversicherung O ja O nein wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? \_\_\_\_\_

	Ja	nein
Leidet ihr Kind regelmässig an Ohr-/Mittelohrentzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wenn ja, treten Rezidive trotz med. Behandlung auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wurde das Setzen von Röhrrchen vorgeschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet das Kind unter einer Gehörverminderung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen HNO Operationen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist das Kind häufig erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wenn ja, treten Rezidive trotz med. Behandlung auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atmet das Kind regelmässig durch den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt oder fiel das Kind häufig hin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wenn ja, nach vorne <input type="checkbox"/>		
• rückwärts <input type="checkbox"/>		
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• wenn ja, welche? _____		

Leidet Ihr Kind unter folgenden Krankheiten / Ereignissen?

Krankheit, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Unfälle, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Operationen, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



# Osteopathie Schanzweg

Schanzweg 7, 5000 Aarau, 062 822 64 46

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich das Einverständnis, dass die Osteopathie-Praxis meine Daten bearbeiten darf und diese Inhalte bei Bedarf auch an Dritte gemäss der nachfolgenden Patienteninformation weiterleiten kann.**

Mir sind die Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst. Ich erteile mein Einverständnis für den Kontakt zwischen meinem\*r Therapeut\*in und mir als Patient\*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen an Dritte werden seitens der Praxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

## **Honorarvereinbarung:**

Die Leistungen werden Ihnen in Rechnung gestellt. Bitte fragen Sie bei Ihrer Zusatzversicherung nach, ob die Kosten gedeckt sind oder ob sie eine Überweisung benötigen. Den Rückforderungsbeleg können Sie an die Zusatzversicherung Ihrer Krankenkasse weiterleiten. Terminabsagen müssen spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin erfolgen. Unbegründete kurzfristige Terminabsagen werden in Rechnung gestellt.

Die Gebühr für eine Erstbehandlung beträgt ca. Fr. 150.-.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Honorarvereinbarung einverstanden.

Die Rechnungen werden in der Regel per Mail verschickt.

Ich wünsche die Rechnung per Post.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift ges. Vertreter:** \_\_\_\_\_



## Information für Patient\*innen im Umgang mit Personendaten

Alle unsere Patient\*innen erhalten diese Informationen zu unserem Umgang mit ihren persönlichen und sensiblen Daten in unserer Praxis. Wir informieren Sie zudem über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

**Datenerhebung und Zweck der Datenbearbeitung:** Wir erheben Ihre Daten im Rahmen des für die Therapie notwendigen Rahmens. Dies umfasst nebst Ihren persönlichen Angaben (etwa Kontaktdaten und Versicherungsangaben) namentlich auch die im Rahmen der Behandlung durchgeführten Gespräche sowie die Resultate von Anamnesen, Differentialdiagnosen und Therapien. Informationen von weiteren Gesundheitsfachpersonen werden nur nach Erhalt Ihres Einverständnisses integriert und verwendet.

Gestützt auf den Behandlungsvertrag und die gesetzlichen Vorgaben (VVG) erfolgt zur Erfüllung des Behandlungszwecks zwangsweise eine Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten. Der Umfang bleibt beschränkt auf die für Ihre gesundheitliche Behandlung notwendigen Inhalte.

**Aufbewahrung:** Die erhobenen und bearbeiteten Daten werden in der Regel zehn Jahre, spätestens aber zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in unserer Praxis gelöscht. Nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung werden die gesammelten Daten länger aufbewahrt.

**Dateneinsicht und Datenweitergabe:** Ihre personenbezogenen Daten geben wir intern ausschliesslich an Personen oder Bereiche unsere Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten.

Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn Sie dem zugestimmt haben. Als einzige Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis.

**Datensicherheit:** Soweit Ihre Daten physisch existieren, sind diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt.

Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort usw.).

**Kommunikationsmittel:** Die schriftliche Kommunikation zwischen der Praxis und Ihnen kann per E-Mail stattfinden. Daten ohne gesundheitliche Inhalte (etwa Terminverschiebung) können auf Ihre angegebene Mailadresse auch unverschlüsselt versendet werden.

**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.

**Auskunfts-/Einsichtsrecht, Korrekturen:** Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Daten einsehen oder auch eine Kopie verlangen. 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.

**Zuständigkeit:** Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Praxis. Bei Fragen oder Anliegen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte direkt an Ihren\*n zuständigen Therapeut\*in.