Physio Elfenau

Patientenformular

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)	
Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Beruf
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Zuweisende:r Arzt	
Krankenkasse	Unfall-Vers.

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der/des Patient:in)	
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/den Physiotherapeut:in 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 meiner/meinem Physiotherapeut:in und mir als Patient:in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Physiotherapiepraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@physio-hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patient:innen eine Kopie der Physiotherapierechnung erhalten.

Ort, Datum	**Unterschrift**

Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Bern, 02.09.2023

Physio Elfenau GmbH Elfenauweg 52 | 3006 Bern
T 031 351 65 00 | **F** 031 351 65 50 | physioelfenau.ch | physioelfenau@hin.physio