

Patientenformular

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geburtsdatum	Beruf
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Zuweisender 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

Für verpasste oder nicht 24 Stunden im voraus abgemeldete Therapiesitzungen, wird Ihnen die Ausfallzeit privat in Rechnung gestellt.

Bern, 22.10.2024