

Fachchiropraktoren Chiro Suisse / ECU | Franklinstrasse 1 | 8050 Zürich
Telefon 043 288 99 55 | Fax 043 288 99 50
info@chiropraktik-oerlikon.ch | www.chiropraktik-oerlikon.ch

Patientenformular/Einwilligungserklärung

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name	Vorname
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel./Mobil	E-Mail
Beruf	Arbeitgeber
Notfall-Kontaktadresse und -Telefon	
Hausärztin/arzt	Zuweiser:in
Krankenversicherung	Versicherten-Nr.
Ich habe ein Hausarztmodell, HMO-, myDoc-, First Call-, First Med-, Telmed-Vertrag	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

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, dem Zugriff auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe und Einholung dieser an und von Dritten gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite 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 Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.

Datum

Unterschrift

Tiers payant

Die Rechnungsstellung findet generell nach der **tiers payant** Methode statt. Das heisst, die Rechnung wird elektronisch **direkt der Krankenkasse** zugestellt.

Gerichtsstand ist Zürich. Mahngebühr: 1. Mahnung CHF 5.--/2. Mahnung CHF 10.--

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

Fachchiropraktoren Chiro Suisse / ECU | Franklinstrasse 1 | 8050 Zürich
Telefon 043 288 99 55 | Fax 043 288 99 50
info@chiropraktik-oerlikon.ch | www.chiropraktik-oerlikon.ch

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie 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 Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

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/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und 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 20 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.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).
-

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

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.

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, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, 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.

Medizinische Angaben

Medikamente:

(zB. Aspirin Cardio 100mg 1-0-0,
Ibuprofen 200mg bei Bedarf)

.....
.....
.....

Krankheiten:

(zB. Bluthochdruck, Diabetes)

.....
.....

Frühere Krankheiten (Jahr):

(zB. Hautkrebs (2021),
Herzinfarkt (2019))

.....
.....

Unfälle und Operationen (Jahr):

(zB. Unterarmbruch rechts (2023),
Schleudertrauma (2019))

.....
.....

Allergien:

(zB. Penicillin, Latex)

.....
.....

Fühlen Sie sich gestresst:

nie selten manchmal oft immer

Falls ja, weshalb:

Arbeit Finanzen Partnerschaft Familie Soz. Umfeld

weitere:

Grösse/Gewicht:

..... cm kg

Ich habe in den letzten Monaten Jahren kg zu- / abgenommen.

Mein Gewicht ist etwa konstant.

Letzter Besuch beim Hausarzt:

.....

Schwangerschaft:

Es besteht keine Schwangerschaft.

Es besteht eine Schwangerschaft und ich bin in der Schwangerschaftswoche.

Einwilligung für Studien:

Meine Daten dürfen in keinem Fall für Studienzwecke verwendet werden.

Anonymisiert dürfen meine Daten für Studienzwecke verwendet werden.

Rückseite bitte durchlesen und nach der Erstbehandlung unterschreiben! →

Einverständniserklärung für chiropraktische Behandlungen

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

Name und Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Im Folgenden sind die häufigsten und die schwerwiegendsten, jedoch seltenen Komplikationen betreffend chiropraktischen Behandlungen (Impulsmanipulation, Mobilisation, Weichteiltechniken, Dry Needling, Elektrotherapie, Ultraschalltherapie) aufgeführt.

1. Lokale Schmerzen

Die häufigsten Nebenwirkungen sind lokale Schmerzen und Verspannungen im Behandlungsbereich, welche sich in der Regel innerhalb von 24-48 Stunden deutlich zurückbilden.

2. Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit und Ohrgeräusche

Diese Symptome treten selten bei Manipulationen an der Halswirbelsäule (HWS) auf und verschwinden innert weniger Stunden bis Tage. Schwindel und Tinnitus können aber auch mit chiropraktischen Behandlungen behoben werden.

3. Frakturen

Sehr selten kann es bei einer Manipulation der Rippengelenke oder der Brustwirbelsäule zu Knochenbrüchen der Rippen kommen. Gefährdet sind Personen mit einer verminderten Knochendichte (Osteopenie/Osteoporose). Bitte weisen Sie Ihre/n Chiropraktor/in auf Ihnen bekannte Risikofaktoren (z.B. Essstörungen, frühe Menopause, Rauchen) hin.

4. Verletzung der Halsgefässe (Dissektion der A. vertebralis)

Studien haben gezeigt, dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen Manipulation an der HWS und einer Verletzung der Halsgefässe gibt.^{1,2} Sind diese Gefässe jedoch vorgeschädigt, muss auf Manipulationen verzichtet werden. Darum ist es wichtig, dass Sie ihre/n Chiropraktor/in über die Krankengeschichte/Vorerkrankungen informieren. Die Anzahl Fälle pro Jahr für diese Erkrankung liegt bei 2.6-2.9/100'000.³

5. Therapeutische Lokalanästhesien

Selten kann es zu allergischen Reaktionen auf das verwendete Medikament Procain kommen. Grundsätzlich besteht bei Injektionen jeder Art ein Risiko für eine Gefässverletzung, einen Infekt oder einen Pneumothorax (im Lungenbereich).

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- oben aufgeführte Punkte zur Kenntnis genommen und verstanden wurden.
- über die Diagnose, die Behandlungsoptionen und Risiken informiert und aufgeklärt wurde.
- der/die Patient/in sein/ihr Einverständnis gibt.

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Chiropraktor/in

.....

.....

Zürich,

Zürich,

1. Rubinstein SM, Peerdeman SM, van Tulder MW, Riphagen I, Haldeman S. A systematic review of the risk factors for cervical artery dissection. *Stroke*. 2005;36(7):1575-1580.
2. Haynes MJ, Vincent K, Fischhoff C, Bremner AP, Lanlo O, Hankey GJ. Assessing the risk of stroke from neck manipulation: a systematic review. *Int J Clin Pract*. 2012;66(10):940-947.
3. Blum CA, Yaghi S. Cervical Artery Dissection: A Review of the Epidemiology, Pathophysiology, Treatment, and Outcome. *Arch Neurosci*. 2015;2(4).