

Anmeldebogen

Datum Ersttermin:

Grund der Anmeldung	
----------------------------	--

Persönliche Angaben	
Vorname, Name	
U18: Vornamen, Namen, Adresse(n) und Telefonnummer der Eltern	
Strasse, Nummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefonnummer(n)	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Aktuelle Medikamente	
Notfallkontakt	
AHV-Nummer	

Kostenträger (bitte nur eine Wahl)	
Selbstzahler*in	<input type="checkbox"/>
Grundversicherung	<input type="checkbox"/> Name Krankenkasse: Versichertennummer:
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> Name Krankenkasse:
Andere (z.B. IV)	<input type="checkbox"/> Verfügungsnummer:

Versicherungsmodell (bitte nur eine Wahl)	
Modell	<input type="checkbox"/> Hausarztmodell <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> Telmed <input type="checkbox"/> Freie Arztwahl
Anordnung durch	Name: Adresse: Telefonnummer:

○ **Frühere Behandlungen:**

Ich war schon in psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlung:

ja nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Wie viele Sitzungen wurden beansprucht?

Name des Behandlers/ der Behandlerin:

○ **Terminänderungen:**

Termine müssen im Verhinderungsfall **spätestens 24 Stunden** vorher abgesagt werden, ansonsten wird die Zeit - unabhängig vom Verhinderungsgrund - verrechnet und die Kosten müssen selbst getragen werden. Die Kosten für nicht fristgerecht abgesagte oder versäumte Termine gehen **NICHT** zu Lasten des Krankenversicherers.

○ **Berufliche Schweigepflicht:**

In unserem Berufsstand sind wir an die berufliche Schweigepflicht gebunden. Austausch mit Dritten erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

Mit Ihrer Unterschrift am Ende des Formulars entbinden Sie Ihre Therapeutin von der Schweigepflicht gegenüber der erwähnten Kontaktperson im Notfall, gegenüber dem anordnenden Arzt/Ärztin oder Psychiater/Psychiaterin sowie gegenüber supervidierenden oder intervidierenden Fachpersonen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und habe die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung verstanden:

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Klient*innen unter 18 Jahren:

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters

Datenschutzerklärung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Psychotherapeutin sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation im nachfolgenden Abschnitt 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 Psychotherapeutin und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Psychologiepraxis¹ ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.

Ich bin damit einverstanden, dass administrative Anliegen und/oder therapeutische Inhalte, wie zum Beispiel Terminverschiebungen oder online Beratungen, mit unverschlüsselter Kommunikation erfolgen (z.B. über folgende Kanäle: Mail (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.), Whatsapp, SMS, Zoom/Hin-Talk). Sollte einer oder mehrere dieser Kommunikationswege zwischen dem Klienten/der Klientin und der Therapeutin ausdrücklich unterlassen werden, bitte nachfolgend angeben:

Werden Leistungen über die Grundversicherung abgerechnet, sieht das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten. Deshalb stimme ich zu, dass mir allfällig Zugangsdaten als temporärer Link für die entsprechende Abrechnungsplattform per Mail an oben genannte Mailadresse gesendet werden, um die Rechnung oder die Rechnungskopie digital einzusehen oder herunterzuladen.

¹ Als Psychologiepraxis versteht sich im vorliegenden Fall ein psychologisches Unternehmen in Form einer psychotherapeutischen Praxis, in der Rechtsform einer Einzelfirma.

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend werden Sie darüber informiert, zu welchem Zweck die oben genannte Psychologiepraxis Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich werden Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können, informiert.

Verantwortlichkeiten

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Psychologiepraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihre Psychologin.

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 behandelnde Psychotherapeutin im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits werden auch Daten von weiteren Gesundheitsfachpersonen erhalten, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür explizit Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrem Patientendossier werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer 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

Weiter erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Behandelnde Ihre Krankenakte auch in digitaler Form führen darf. Ihre Krankengeschichte wird im Kanton Zürich während 10 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 besonders schützenswerten Personendaten werden nur dann an externe Dritte weitervermittelt, 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 der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkassos (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. Ärztin / Arzt).

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 Ihre Psychotherapeutin den schriftlichen Widerruf erhalten hat 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 Herausgeber Kopie kann im Rahmen des Datenschutzgesetzes kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht, sich Daten, die automatisiert bzw. digital verarbeitet werden, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von Patientendaten 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.

Digitale Datenverarbeitung

**Tiers payant: Rechnung direkt an Ihre Versicherung*

Als Klient/in im Grundversicherungsmodell geht die Rechnung nicht vollständig zu Ihren Lasten. Ihre Psychotherapeutin schickt die Rechnung direkt an Ihre Krankenversicherung. Der Krankenversicherer überweist der Therapeutin den geforderten Betrag und sendet Ihnen eine Rechnung über Ihren Kostenanteil (Franchise, Selbstbehalt, nicht gedeckte Kosten). Sie haben Anspruch auf eine Rechnungskopie.

**Tiers garant: Sie bezahlen die Rechnung selbst*

Als Klient/in im Grundversicherungsmodell erhalten Sie die Rechnung direkt von Ihrer Psychotherapeutin. Sie begleichen sie und fordern anschliessend den Betrag gemäss Anspruchsberechtigung bei Ihrem Krankenversicherer zurück.

Elektronische Übermittlung

Die Dokumente werden aus Effizienz- und Sicherheitsgründen über ein spezialisiertes Partnerunternehmen (z.B. MediData oder Medisuisse) an Patienten/Patientinnen und Versicherer verschickt. Die elektronische Übermittlung an Patienten/Patientinnen erfolgt unter Verwendung der E-Mail-Adresse und Mobilnummer. Sofern der Patient/die Patientin eBill nutzt, kann eine Übermittlung auch über eBill erfolgen. Die elektronisch übermittelten Patientendaten werden vom Partnerunternehmen keiner materiellen Prüfung unterzogen. Die Sicherheitsstandards sind analog dem E-Banking, sodass Daten unterwegs nicht eingesehen werden können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung verstanden habe und gebe meine Einwilligung dazu:

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Klient*innen unter 18 Jahren:

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter

Ort, Datum

Unterschrift des Vaters