



## KLIENTEN- / PATIENTENDATENBLATT

Frau  Herr

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Leibliche Kinder: \_\_\_\_\_

Beruf / Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen: Name & Vorname eines Elternteils: \_\_\_\_\_

Krankenkasse Grundvers.: \_\_\_\_\_ Zusatzvers.:  Ja  Nein / Welche: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Informationen für Patient\*innen und Klient\*innen

- Wir können in unseren manuellen & naturheilkundlichen Therapien, keine Heilung versprechen.
- Therapiemöglichkeiten, Grenzen der angewandten Behandlungsmethoden sowie mögliche Nebenwirkungen, Erstverschlimmerungen und Risiken werden individuell mit Ihnen in der Konsultation geklärt. Die Behandlungsziele und der Therapieplan werden gemeinsam mit Ihnen festgelegt. Bei Unklarheiten ausserhalb der Konsultation soll die Therapeutin telefonisch kontaktiert werden.
- Wir empfehlen Ihnen bei Beschwerden unter ärztlicher Kontrolle bzw. schulmedizinischer Therapie zu bleiben. Setzen Sie Ihre Medikamente nicht ohne Rücksprache mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt ab.
- Wir stellen keine Diagnosen im medizinischen Sinne.
- Wir bitten Sie, uns anfällige Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes oder eine Schwangerschaft vor Ihrem nächsten Termin telefonisch mitzuteilen.
- Das Honorar richtet sich nach der Konsultationszeit. Es beinhaltet sowohl das Gespräch wie auch die Behandlung. Längere Behandlungen und weiterer Materialverbrauch werden je nach Aufwand & Verbrauch verrechnet.  
Die Erstkonsultation dauert zwischen 1 ½ - 2 Stunden. Folgebehandlungen rund 1 - 1 ½ Stunden.  
Konsultationsvorbereitungen, Rezeptierungen und Berichterstattungen sowie Dossier Finalisierungen werden zusätzlich verrechnet.  
Unser Stundenansatz beträgt:
  - Loreta Schmid CHF 144.- / 60 Min.
  - Cindy Schalbetter: Manuelle Therapien CHF 135.- / 60 Min.
  - Jessica Schwab / Cindy Schalbetter: Mentalcoaching CHF 150.- / 60 Min.
    - Zusatzkosten für Dunkelfeld- & Irianalyse: CHF 50.- / Analyse
    - Telefonische Konsultationen: CHF 12.50 / 5 Min.
- Bitte klären Sie vorgängig bei Ihrer Krankenkasse bzw. Zusatzversicherung ab, wie die Kostenbeteiligung an den Behandlungen ist. Nicht jede Zusatzversicherung anerkennt alle Methoden. Es wird keine Verantwortung seitens der Therapeutinnen übernommen.
- Terminvereinbarungen sind verbindlich. Bitte beachten Sie, dass nicht eingehaltene Termine zu 100% verrechnet werden, sofern diese nicht mindestens 24 Stunden vorher telefonisch abgesagt werden.
- Rechnungen müssen innert der Zahlungskondition von 30 Tagen (Rechnungsdatum) beglichen werden. Für verspätete Zahlungen werden pro Mahnung zusätzliche Gebühren verrechnet.
- Um Sie gesundheitsgerecht zu therapieren, benötigen wir Informationen über Ihren physischen und psychischen Gesundheitszustand. Bitte beantworten Sie alle Fragen im Gespräch wahrheitsgetreu. Als Therapeutinnen unterliegen wir der Schweigepflicht und Ihre Angaben werden vertrauensvoll behandelt. Der Umgang mit Ihren Personendaten erfolgt gemäss der aktuellen Datenschutzerklärung. Diese finden Sie auf der Internetseite der jeweiligen Therapeutin sowie auf der Rückseite dieses Patientenblattes.

Bitte Rückseite beachten & unterschreiben



## GESUNDHEITSPRAXIS VISP - DATENSCHUTZERKLÄRUNG (DSE)

Zweck dieser Datenschutzerklärung ist es, Sie als unsere/meine Klient\*in, über unseren/meinen Umgang mit Ihren persönlichen und sensiblen Daten, die in unserer/meiner Praxis gesammelt werden, zu informieren. Wir, die Gesundheitspraxis Praxis Visp, Sägematte 1, 3930 Visp, mit folgenden Therapeutinnen:

- Raum für Akupunktur, Loreta Schmid
- Praxis für Naturheilkunde, Jessica Schwab
- Mind-act Manuelle Therapie & Coaching, Cindy Schalbetter

bestätigen/bestätige hiermit, uns/mich an die folgenden Regeln gemäss Datenschutzgesetz und Datenschutzverordnung zu halten.

- **Art der Daten:** Es werden nur solche Daten bearbeitet, die mit der therapeutischen Behandlung im Zusammenhang stehen oder, die für eine Information über allfällige Angebote relevant sind. Es handelt sich dabei ausschliesslich um Daten, die wir/ich mit ihrem Einverständnis aufgenommen haben/habe, die Sie uns/mir haben zukommen lassen oder die in öffentlich zugänglichen Verzeichnissen (Telefonbuch etc.) zu finden sind. Dies können allgemeine Daten zu Ihrer Person (Name, Anschrift, Telefonnummer usw.), Angaben zu Ihrer Gesundheit/zum Krankheitsverlauf, bereits gestellten Diagnosen und gegebenenfalls weitere Daten sein, welche Sie uns aufgrund der Behandlung übermittelt haben (Patientendossiers).
- **Verarbeitungsorte der Daten:** Gesammelt, gespeichert und bearbeitet werden diese Daten ausschliesslich in Ihrem Patient\*innendossier, resp. in dem für die Administration notwendigen Dossier, insbesondere in der für die Fakturierung gemäss Tarif 590 notwendigen Therapeutenprogramm bzw. App. In diesen beiden Aufbewahrungsorten sind sämtliche an Ihren Daten vorgenommenen Bearbeitungsschritte inklusive der verantwortlichen Personen nachvollziehbar. Unsere verwendeten Therapeutenprogramme sind iTherapeut und Healthapp.  
Alle Termine werden jeweils digital mittels Google Kalender\* (Verarbeitungsort: Vereinigte Staaten) erfasst. Verwendete Online-Buchungssysteme: MrBooker & Calenso
- **Weitergabe an Drittpersonen:** Ihre personenbezogenen Daten geben wir ausschliesslich an Personen oder Bereiche unserer Praxis weiter, die diese zur Erfüllung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten benötigen. Diese sind über die geltenden Datenschutzregeln informiert und verpflichtet, diese einzuhalten. Weiteren Personen oder Institutionen (Versicherer etc.) werden Ihre Daten oder Teile davon ausschliesslich mit Ihrem expliziten Einverständnis\*\* zugänglich gemacht. Als Ausnahmen gelten richterliche Anordnungen oder die Durchsetzung berechtigter Ansprüche seitens der Praxis.
- **Datenaufbewahrung:** Soweit Ihre Daten physisch gesammelt und bearbeitet werden, werden diese in einem abschliessbaren, unbefugten Drittpersonen nicht zugänglichen Raum oder Schrank aufbewahrt. Elektronisch gesammelte Daten werden gesichert aufbewahrt (Firewall, Passwort etc.).
- **Datenlöschung:** Wo nicht kantonale oder andere gesetzliche Regelungen anders bestimmen, werden Ihre von uns/mir gesammelten Daten zwanzig Jahre nach Ihrer letzten Konsultation in unserer Praxis gelöscht.
- **Kommunikationsart:** Die schriftliche Kommunikation zwischen unserer/meiner Praxis und Ihnen findet per E-Mail statt. Entweder mit einem üblichen Verschlüsselungsprogramm verschlüsselt oder – mit Ihrem schriftlichen Einverständnis – unverschlüsselt.\*\*\*
- **Dateneinsicht:** Als gegenwärtige oder ehemalige Klient\*in können Sie von uns/mir jederzeit ein Doppel aller Ihrer von uns/mir gesammelten Daten in einem gängigen elektronischen Format verlangen. Nur physisch vorhandene Daten werden zu diesem Zweck gescannt und Ihnen als PDF oder in Papierform zugestellt. Die Daten werden Ihnen in der Regel kostenlos und innert maximal 30 Tagen übergeben.
- **Datenschutzverantwortung:** Verantwortlich für sämtliche Fragen, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Wahrnehmung Ihrer Rechte stehen, ist der/die für Sie zuständige Therapeut\*in.

**\*Terminvereinbarung:** Ich stimme zu, dass Terminvereinbarung mittels Online-Buchungssysteme, die mit Google Kalender synchronisiert werden, getätigt werden.

**\*Einverständniserklärung:** Ich stimme zu, dass nach mündlicher Absprache mit meiner Therapeutin, meine personenbezogenen Daten (Patientendossier, Auswertungen, Analysen etc.) an Drittpersonen (Bsp. Ärzte, andere Therapeuten/innen etc.) zur ergänzenden Abklärung & Therapieoptimierung weitergegeben werden können.

**\*\*\*Mailkommunikation:** Ich bin mir bewusst, dass der Kommunikationsaustausch per Mail Sicherheitslücken aufweisen kann. Wir als Therapeuten verwenden eine verschlüsselte Mailadresse der Firma HIN.

Mit meiner Unterschrift stimme ich allen auf diesem Klienten- / Patientendatenblatt erwähnten Informationen sowie der Datenschutzerklärung zu. Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum: \_\_\_\_\_

Name & Vorname: \_\_\_\_\_  
*Minderjährige: Unterzeichnung durch Gesetzlicher Vertreter*

Unterschrift: \_\_\_\_\_