

Datenschutzerklärung

Als Massagepraxis sind wir verpflichtet, Aufzeichnungen über jede zur Behandlung, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme zur Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, den Krankheitsverlauf sowie über die Art und Umfang der therapeutischen Leistungen erforderlichen Daten, zu führen und hierüber der behandelten oder der zu ihrer gesetzlichen Vertretung befugten Person alle Auskünfte zu erteilen.

In unseren Datenverzeichnissen werden folgende Daten verwaltet:

- Krankengeschichte (Anamnesen, Befunde)
- Korrespondenzen
- Abrechnungsdaten für die Abrechnung mit der Krankenkasse bzw. Privatrechnungen

In unseren Datenverzeichnissen werden folgende Datenkategorien verarbeitet:

- Patientendaten Vorname, Nachname, Geschlecht, Adresse, Telefon, E-Mail, Geburtstagsdatum, Krankenkasse, Unfall
- Krankengeschichte Anamnese, Befunde
- Berichte Berichte für andere Leistungserbringer, Überweisungen

Je nach Behandlung müssen unterschiedliche Leistungserbringer (Ärzte, Spitäler, Krankenkassen, SUVA etc.) eingebunden werden. In diesen Fällen leiten wir Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse an diese weiter.

Herkunft der Daten

Wir erheben Ihre Daten ausschliesslich vor Ort in unserer Praxis, es sei denn, es wurden bereits vorab Daten von Ärzten oder anderen ärztlichen Institutionen medizinische Akten uns weitergeleitet (Verordnungen).

Aufbewahrungsfrist

Folgende Daten werden aufgrund einer gesetzlichen Verpflichtung (OR 958f) für mindestens 20 Jahre gespeichert:

- Abrechnung Fakturierung Patienten, Mahnungen etc.
- Patientendaten Patientenkarte mit Behandlungsdaten

Ihre Rechte

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch zu. Für die Erbringung der Behandlungen ist jedoch eine Speicherung Ihrer Patientendaten sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse erforderlich. Eine Löschung ist erst nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht möglich.

Vollmacht für Informationen über Vertragsinhalte mit Krankenkassen / Zusatzversicherungen:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der/die Therapeut:in, im Falle von nicht vergüteten Rückforderungen, direkt bei Ihrer Krankenkasse / Zusatzversicherung Informationen über die vertraglichen Bestimmungen betreffend Zusatzversicherung einholen darf.

Einverständnis des Patienten

Name, Vorname: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____