



Persönliche Angaben

Vorname: _____ Nachname: _____

Geschlecht: m w d _____ Geburtsdatum: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____ Krankenkasse (Zusatzvers.): _____

Gesetzliche Vertretung (sofern gegeben)

Vorname: _____ Nachname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon Mobil: _____ E-Mail: _____

Bitte ankreuzen, falls Rechnung an diese Adresse gesendet werden soll.

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, dem Zugriff und der Aufbewahrung meiner Daten durch den Kunsttherapeuten sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Information zum Umgang mit Personendaten auf der folgenden Seite einverstanden bin.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass administrative Anliegen, wie zum Beispiel das Versenden von Rechnungen oder das Vereinbaren oder Verschieben von Terminen, mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen darf.
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass das Vereinbaren oder Verschieben von Terminen mit folgenden Apps erfolgen darf:
 SMS iMessage WhatsApp
- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass Fotos meiner gemalten Bilder sowie mein Therapieverlauf in anonymisierter Form durch den Kunsttherapeuten zwecks Qualitätssicherung in qualifizierten Supervisionen besprochen werden dürfen.



Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Ich bitte Sie um rechtzeitige Information, bzw. Abmeldung.

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informiere ich Sie darüber, zu welchem Zweck Ihre Personendaten erhoben und gespeichert oder weitergeleitet werden. Zusätzlich informieren ich 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 der Kunsttherapeut. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte direkt an ihn.

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 durch den Therapeuten im Rahmen Ihrer Therapie. In Ihrer Therapiedokumentation werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer Therapie stehen. Die Dokumentation 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, den gesamten Therapieverlauf und Fotos der von Ihnen gemalten Bilder.

Dauer der Aufbewahrung: Ihre Krankengeschichte wird **zehn Jahre** nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

Für die Mitnahme Ihrer gemalten Bilder sind Sie zuständig. Wenn Sie diese nicht mitnehmen möchten, werden Sie von mir entsorgt. Ihre im Atelier zurückgelassenen Bilder werden **ein halbes Jahr** nach dem letzten Termin entsorgt, wenn keine andere Abmachung besteht.

Weitergabe der Daten: Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten werde ich nur dann an externe Dritte weiter geben, 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 im Falle eines für die weitere Kostenübernahme notwendigen Therapieberichtes. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Entbindungserklärung: Der Therapeut untersteht der Schweigepflicht. Diese gilt auch gegenüber der Krankenkasse. Auskünfte an die Krankenkasse (Therapiebericht bezüglich Verlaufs und Weiterführung der Therapie) seitens des Therapeuten sind nur nach der schriftlich erfolgten Entbindungserklärung (Einwilligung) durch die Klientin oder den Klienten zulässig.

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 ich 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 Ihrer Therapiedokumentation zu erhalten. Sie können Ihre Dokumentation 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. Eine digitale Übermittlung per E-Mail erfolgt verschlüsselt und bedingt Ihrer schriftlichen Zustimmung.



Zusätzliche Einwilligungen (optional)

Ich bestätige, dass die Herausgabe der Therapiedokumentation auf meinen Wunsch an mich persönlich per E-Mail-Kommunikation in verschlüsselter Form (zB. mit SwissTransfer) erfolgen darf.

Ich bestätige, dass die Fotos meiner gemalten Bilder in anonymisierter Form durch den Kunsttherapeuten zur Verbreitung der Methode LOM verwendet werden dürfen (zB. Weiterbildungen, Flyer, Webseite).

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit den Kommunikationsmitteln, der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch den Kunsttherapeuten, der Weitergabe der Daten an Dritte, sowie der befristeten Aufbewahrung der Daten und Bilder wie in der vorliegenden Einverständniserklärung beschrieben, einverstanden bin.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden sie unter www.kunsttherapie-buser.ch/datenschutz



Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Sie können dieses Formular digital ausfüllen und mir per E-Mail senden oder Sie drucken es aus und bringen es mir ausgefüllt in die nächste Sitzung mit.