

Kunden Daten

(Dieses Formular zu Beginn der Sitzung ausfüllen)

CD	<input type="checkbox"/>	Selbsthypnose	<input type="checkbox"/>	Grün/Rot	<input type="checkbox"/>
Esdaile	<input type="checkbox"/>	Ultra-Height	<input type="checkbox"/>	Andere	<input type="checkbox"/>
Blitz	<input type="checkbox"/>	Simpson	<input type="checkbox"/>	Du	<input type="checkbox"/>

Datum: _____ Details: _____

Vorname: _____ Name: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Email: _____ Website: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: weibl. männl.

Zivilstand: _____ # Kinder: _____

Beruf: _____ Religion ein Thema? _____

Eltern: _____ # Geschwister: _____

Spezielle Infos zur Familie, Kindheit, Jugend, Ehe, Partnerschaft, Sexualität, Hobbies:

Alkohol/Drogen ein Problem? Ja Was/Wieviel/Wann? _____ Nein

Rauchen? Ja Nein Schlafen / Entspannen: Gut Normal Schlecht

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Hat jemand bereits einmal versucht, Sie zu hypnotisieren? Ja Nein

Wer? _____ Grund: _____

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? Ja/Nein/Weiss nicht: _____

Wieso diese Annahme? _____

Medizinische Kundengeschichte

Sind Sie derzeit oder waren Sie in den letzten Jahren in ärztlicher Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)? Ja Nein Wenn ja, warum/Begründung?

Litten/Leiden Sie an Langzeiterkrankungen? Ja Nein Wann? _____

Grund: _____ Waren Sie je in Behandlung für Ja Nein

Herz: _____ Diabetes: _____ Epilepsie: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, warum und welche? _____

Grund/Gründe, warum Sie zur Hypnosebehandlung kommen:

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

6: _____

Haben Sie schon etwas unternommen, um oben erwähnte(s) Problem(e) zu lösen/lindern?

Ja Nein Was? _____

Ergebnis der Behandlung: _____

Was wäre das Schlimmste was geschehen könnte, wenn Ihr Problem/Symptom sich aufgelöst hat? _____

Haben Sie noch Fragen zur Hypnose? Ja Nein Wenn ja, welche?

- Ich bestätige hiermit, über die Hypnose entsprechend aufgeklärt worden zu sein und alle Angaben korrekt gemacht zu haben.
- Ich erlaube dem Hypnosetherapeuten Ali Bicer diese Therapie entsprechend durchzuführen. Ali Bicer behandelt alle Kunden- und Therapieinhalte vertraulich.
- Ein Hypnotiseur diagnostiziert keine Krankheiten und macht keine Heilversprechungen. Auch in meinem/unserem Fall ist dies nicht geschehen.
- Der Besuch beim Hypnosetherapeuten ersetzt nicht die professionelle ärztliche Beratung oder Behandlung. Der Hypnosetherapeut Ali Bicer hat mir/uns auch nicht in irgendeiner Form davon abgeraten, ärztliche oder anderweitige professionelle Beratung oder Behandlung aufzusuchen oder weiterzuführen und/oder Medikamente einzunehmen oder abzusetzen, ohne die ausdrückliche Zustimmung eines Vertrauensarztes.
- Generell arbeitet der Hypnosetherapeut Ali Bicer an der Stärkung der Gesundheit und Aktivierung der Selbstheilungskräfte.

Schriftlicher Kontakt erlaubt? Ja Nein (Zwecks Qualitätskontrolle, Follow up)

Unterschrift: _____ Datum: _____

PS: **Harte Kontaktlinsen:** wir bitten Sie diese abzulegen, um sich besser zu entspannen.
 Toilette: Vor der Hypnosetherapie, falls notwendig, bitte noch auf die Toilette gehen.
 Kaugummi / Handy: Bitte Kaugummi, falls vorhanden, entfernen; Handy ganz aus.
 Aufnahmen (Ton und/oder Bild) sind untersagt.

Patienteninformation zum Datenschutz

Gemäss Art. 13, 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO, VO (EU) 2016/679) sind wir rechtlich verpflichtet, Ihnen nachfolgende Informationen zur Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zur Kenntnis zu bringen. Für Ihre Konsultation und Ihre Behandlung bei uns ist die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gesetzlich vorgeschrieben. In dieser Erklärung informieren wir Sie über:

- den Zweck der Datenverarbeitung, die Art der personenbezogenen Datenkategorien
- die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung
- Die Dauer der Datenspeicherung
- Die Herkunft der Daten
- Die Empfänger bzw. Kategorien von Empfängern Ihrer Daten
- Ihre Rechte

1. Zweck und Art der personenbezogenen Datenkategorien

Für die ärztl./therapeutische Behandlung erhebt, verarbeitet und speichert die Praxis Daten aus folgenden Datenkategorien:

Datenkategorien	Datenbeschreibung	sensible Daten nach Art. 9 DSGVO
Stammdaten	Kontakt- und Versicherungsdaten Wie Vorname, Nachname, Geschlecht, Adresse, Alternativadresse Eltern (bei Kindern), Telefon, E-Mail, Fax, Geburtsdatum, AHV-Nr., Nationalität, Krankenkasse, Unfall, IV	nein
Gesundheitsdaten	Gesundheitsrelevante Daten wie Krankengeschichte, Röntgenbilder, Befunde, Diagnoseliste, Medikationsliste	ja
Abrechnungsdaten	Für Leistungsabrechnung notwendige Daten wie Tarifpositionen, Betrag, Rechnungsdatum, Diagnose/-code	ja

2. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Der Arzt/Therapeut ist gemäss Art. 14 Ärztegesetz gesetzlich verpflichtet, die Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person, insbesondere über den Zustand der Person bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über die Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschliesslich der Anwendungen von Arzneimitteln und der Identifizierung dieser Arzneimittel erforderlichen Daten zu führen. Art. 14 Ärztegesetz normiert somit gemäss Art. 9 Abs. 2 Bst. h DSGVO die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung.

3. Speicherfrist

Gemäss Art. 14 Abs. 3 Ärztegesetz müssen die Daten für mindestens zehn Jahre gespeichert werden. Nach Ablauf der gesetzlichen Speicherfrist können die Daten von der Praxis gelöscht werden, ebenso können Sie die Löschung der Daten verlangen.

4. Herkunft der Daten

Die Daten werden vor Ort in der Praxis erhoben, es sei denn, sie werden in Ihrem Auftrag und auf Basis Ihrer Einwilligung von einem anderen Arzt oder anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens (z.B. Physiotherapeuten, medizinische Laboratorien, Spitäler) an uns übermittelt.

5. Datenübermittlung

5.1 Datenübermittlung auf Basisgesetzlicher Grundlage

Die Datenkategorien "Stammdaten" und "Abrechnungsdaten" werden auf Basis der unten genannten Rechtsgrundlagen an folgende Stellen übermittelt:

- a) Abrechnungsstelle (IGNAZ Unternehmensinformatik GmbH) - Art. 9 Abs. 2 8st. h DSGVO / Art. 16d Abs 1 Krankenversicherungsgesetz (KVG).

Der Sitz von IGNAZ Unternehmensinformatik GmbH befindet sich in der Schweiz, somit findet ein Transfer in einen sicheren Drittstaat statt. Der Transfer in das sichere Drittland Schweiz basiert auf Grundlage eines Angemessenheitsbeschlusses der Europäischen Kommission (Art. 45 Abs. 1 DSGVO)

- b) Krankenversicherung- Art 9 Abs. 2 Bst. h DSGVO/Art 20 a KGV Der Sitz von Krankenversicherungen kann sich in der Schweiz befinden, somit findet ein Transfer in einen sicheren Drittstaat statt. Der Transfer in das sichere Drittland Schweiz basiert auf Grundlage eines Angemessenheitsbeschlusses der Europäischen Kommission (Art. 45 Abs. 1 DSGVO)
- c) Buchhaltung und Revision -Art. 9 Abs. 2 Bst. h DSGVO/Art. 1045 Personen- und Gesellschaftsrecht (PGR)

5.2 Datenübermittlung auf Basis einer Einwilligung des Patienten

Zusätzlich zur Datenkategorie „Stammdaten“ werden die notwendigen Daten der Datenkategorie „Gesundheitsdaten“ auf Basis einer schriftlichen Einwilligungserklärung (siehe Anhang 1) an folgende Stellen übermittelt.

- d) Ärzte und andere Gesundheitsberufe-Einwilligung gemäss Art 9 Abs. 2 Bst. a DSGVO

6. Ihre Rechte

Ihnen stehen grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf der Einwilligung und Widerspruch zu. Die Speicherung Ihrer Patientendaten sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse in der von Ihnen konsultierten Arzt-/Therapiepraxis ist jedoch gesetzlich vorgeschrieben, eine Löschung dieser Daten vor Ablauf der 10-Jahres-Frist ist daher rechtlich nicht möglich. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstösst oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden. In Liechtenstein ist dies die Datenschutzstelle (www.dss.lfv.li).

Anhang 1- Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Einwilligung zur Datenübermittlung Ihrer Gesundheitsdaten

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die behandelnden Ärzte, Osteopathen und Therapeuten meine Gesundheitsdaten

im Rahmen von Überweisungen (z.B.: an Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken)

für den Beizug von Spezialisten ("Konsilium") oder

für die Durchführungen von Analysen durch medizinische Laboratorien

an andere Ärzte oder Leistungserbringer des Gesundheitswesens übermittelt. Dabei dürfen nur die jenen Gesundheitsdaten übermittelt werden, welche für den jeweiligen Datenempfänger für die Erfüllung seines Behandlungsauftrags unerlässlich sind. Alle darüber hinaus gehenden Gesundheitsdaten sind von dieser Einwilligung ausgenommen. Ich nehme überdies zur Kenntnis, dass die gegenständliche Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Name, Vorname Patienten

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Unterschrift gesetzlicher
Vertreter Bei unmündigen Minderjährigen
(unter 14 Jahre) zusätzlich