**Patientenaufnahme & Einwilligung**

**Praxis Dr. Romanos**
Bahnhofplatz 5
8001 Zürich
Tel.: +41 77 225 85 55
E-Mail: praxis.romanos@hin.ch

**Persönliche Angaben** (bitte in Blockschrift)

| | |
|---|---|
| Vorname | Nachname |
| Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich | Geburtsdatum |
| Strasse und Hausnummer | PLZ / Ort |
| Mobiltelefon | E-Mail |
| Beruf (optional) | Arbeitgeber |
| Krankenversicherung | Versichertenkarten-Nr. 80756 |
| Modell ☐ Standard ☐ Hausarzt ☐ Telmed ☐ HMO | Franchise (freiwillig) CHF |
| Notfallkontakt (Name, Beziehung & Tel.) | |

**Bisherige Ärztinnen, Ärzte und Spitäler** (Hausarzt, Fachärzte, Spitäler, Radiologie)

| Arzt / Institution | Fachgebiet | Ort |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Unterlagen anfordern: ☐ alle ☐ Berichte, Labor, Bildgebung der letzten 5 Jahre ☐ nur:

Ich entbinde die oben genannten Ärztinnen, Ärzte und Institutionen gegenüber Praxis Dr. Romanos vom Berufsgeheimnis und ermächtige sie, Kopien meiner Unterlagen im angekreuzten Umfang zu senden.

**Mit meiner Unterschrift ermächtige ich Praxis Dr. Romanos und deren Mitarbeitende,**

- behandlungsrelevante medizinische Unterlagen bei beteiligten Leistungserbringern anzufordern, zu erhalten und auszutauschen;
- meine Personen- und Gesundheitsdaten gemäss Datenschutzrecht zu bearbeiten und zu speichern;
- mich per Telefon (Anruf, SMS, WhatsApp) oder E-Mail zu Terminen, Administrativem und meiner Betreuung zu kontaktieren (E-Mail und WhatsApp sind nicht vollständig sicher);
- die für die Abrechnung erforderlichen Angaben an meine Krankenversicherung oder andere zuständige Versicherungen zu übermitteln.

Einschränkungen (optional)

**Erklärung**

Ich bestätige, die **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten und medizinischen Unterlagen** (Seite 3) gelesen zu haben, und stimme der darin beschriebenen Datenbearbeitung zu. Diese Ermächtigung gilt bis zu meinem schriftlichen Widerruf. Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden im Voraus ab.

| | |
|---|---|
| Ort, Datum | Unterschrift |

**Hauptanliegen / Hauptgrund für den heutigen Besuch**

---

**Erkrankungen**

Bestehende / aktuelle Erkrankung(en)

Wichtige frühere Erkrankung(en)

| | |
|---|---|
| Bluthochdruck ☐ Nein ☐ Ja | Diabetes ☐ Nein ☐ Ja |
| Erhöhtes Cholesterin ☐ Nein ☐ Ja | Schilddrüsenerkrankung ☐ Nein ☐ Ja |
| Herzerkrankung ☐ Nein ☐ Ja | Asthma / Lungenerkrankung ☐ Nein ☐ Ja |
| Depression / Angst ☐ Nein ☐ Ja | Schwanger oder stillend ☐ Nein ☐ Ja |
| Blutverdünner ☐ Nein ☐ Ja | Grösse (cm) / Gewicht (kg) |

**Allergien / Unverträglichkeiten**

| Allergie / Unverträglichkeit | Reaktion |
|---|---|
| | |

**Aktuelle Medikamente, Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel**

| Name | Dosis | Seit wann / Grund |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Operationen, Spitalaufenthalte oder wesentliche Therapien**

| Eingriff / Therapie | Jahr | Spital / Bemerkungen |
|---|---|---|
| | | |

**Ihre Gewohnheiten**

| | |
|---|---|
| Rauchen ☐ Nein ☐ Ja | Menge / Tag, seit wann |
| Regelmässig Alkohol ☐ Nein ☐ Ja | Wie oft / Menge |
| Sport / Bewegung ☐ Nein ☐ Ja | Art / Häufigkeit |

**Familienanamnese** (Eltern, Geschwister, Kinder)

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung | ☐ Schlaganfall | ☐ Diabetes |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Krebs | ☐ Rheuma / Autoimmun |
| ☐ Übergewicht / Adipositas | ☐ Gelenk- / Rückenprobleme | ☐ Psychische Erkrankung |

Wer, in welchem Alter, Sonstiges:

**Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten und medizinischen Unterlagen**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchen Zwecken Praxis Dr. Romanos (nachfolgend «die Praxis») Ihre Personendaten und medizinischen Unterlagen erhebt, bearbeitet, speichert und weitergibt. Zudem informieren wir Sie über Ihre Rechte gemäss der anwendbaren schweizerischen Datenschutzgesetzgebung.

**Verantwortlichkeit** Verantwortlich für die Bearbeitung Ihrer Personendaten, einschliesslich Ihrer Gesundheitsdaten, ist die Praxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte ausüben möchten, wenden Sie sich bitte an das Praxisteam oder direkt an Ihren Arzt.

**Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung** Ihre persönlichen und medizinischen Daten werden auf Grundlage des Behandlungsvertrags und der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen bearbeitet, um Ihre medizinische Versorgung sicherzustellen und die damit verbundenen gesetzlichen, administrativen und abrechnungsbezogenen Pflichten zu erfüllen.

Die Daten werden im Rahmen Ihrer Behandlung direkt bei Ihnen erhoben. Mit Ihrer Einwilligung können wir zudem relevante medizinische Unterlagen bei früher oder aktuell behandelnden Ärzten, Spitälern, Kliniken, Laboratorien, Radiologiezentren, Apotheken, Therapeuten und anderen an Ihrer Behandlung beteiligten Leistungserbringern anfordern und erhalten.

In Ihrer Krankengeschichte werden nur Informationen bearbeitet, die für Ihre medizinische Versorgung relevant sind. Dazu gehören insbesondere die im Patientenaufnahmeformular angegebenen Daten (Personalien, Kontakt- und Versicherungsangaben), Anamnese, Konsultationsberichte, Diagnosen, Befunde, Behandlungsvorschläge, Medikamentenlisten, Labor- und Bildgebungsbefunde, Überweisungen sowie weitere für Ihre Behandlung relevante Dokumente.

**Aufbewahrungsdauer** Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt oder länger, sofern dies nach anwendbarem Recht erforderlich ist. Nach Ablauf dieser Frist wird sie sicher gelöscht oder vernichtet, sofern keine weitere gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht.

**Weitergabe von Daten** Ihre Personendaten, einschliesslich Ihrer medizinischen Daten, werden nur weitergegeben, soweit dies gesetzlich erlaubt oder vorgeschrieben oder für Ihre medizinische Versorgung erforderlich ist. Dies kann insbesondere folgende Empfänger umfassen:

- Ihre Kranken-, Unfall-, Invaliden- oder Militärversicherung zu Abrechnungszwecken;
- Ärzte, Spitäler, Laboratorien, Radiologiezentren, Apotheken und andere an Ihrer Behandlung beteiligte Leistungserbringer;
- kantonale oder eidgenössische Behörden, sofern eine Weitergabe gesetzlich vorgeschrieben ist;
- Inkassostellen, soweit dies zur Einforderung offener Rechnungen erforderlich ist.

**Kommunikation** Wenn immer möglich, nutzt die Praxis sichere Kanäle (z. B. HIN). Telefon (Anruf, SMS, WhatsApp) und E-Mail können ebenfalls für Termine, Administratives und gegebenenfalls medizinische Kommunikation verwendet werden. E-Mail und WhatsApp sind nicht vollständig vertraulich.

**Widerruf Ihrer Einwilligung** Wenn Sie in die Bearbeitung Ihrer Personendaten oder in die Anforderung früherer medizinischer Unterlagen eingewilligt haben, können Sie diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen. Der Widerruf gilt für zukünftige Bearbeitungen, soweit keine andere Rechtsgrundlage besteht. Die Rechtmässigkeit der vor dem Widerruf erfolgten Bearbeitung bleibt unberührt. Bereits erhaltene medizinische Unterlagen bleiben Bestandteil Ihrer Krankengeschichte, sofern gesetzlich nichts anderes vorgeschrieben ist.

**Auskunft, Einsicht und Kopien** Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder eine Kopie verlangen. Kopien werden grundsätzlich kostenlos zur Verfügung gestellt. Nur in gesetzlich zulässigen Ausnahmefällen kann eine Gebühr erhoben werden; allfällige Kosten werden Ihnen im Voraus mitgeteilt.

**Recht auf Datenherausgabe und -übertragung** Sie haben das Recht, die von uns bearbeiteten Personendaten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format zu erhalten oder, soweit technisch möglich und gesetzlich anwendbar, deren Übertragung an einen anderen Leistungserbringer zu verlangen.

**Berichtigung Ihrer Daten** Wenn Sie der Ansicht sind, dass Ihre Personendaten unrichtig oder unvollständig sind, können Sie deren Berichtigung verlangen. Kann die Richtigkeit der Angaben nicht festgestellt werden, können Sie verlangen, dass ein entsprechender Vermerk in Ihrer Krankengeschichte angebracht wird.