

Sihlcity  
Giesshübelstrasse 15  
8045 Zürich  
Tel 044 287 86 50  
medizin.sihlcity@sportclinic.ch

# Patientenanmeldung

Bitte in Blockschrift und gut leserlich ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Hausarzt\*in: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Sportart: \_\_\_\_\_

Zuweiser:  Hausarzt\*in  Facharzt\*in  Andere

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_ AHV Nr.: \_\_\_\_\_

Name der Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie bei der Krankenkasse versichert:  Allgemein  Halbprivat  Privat

Name der Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie bei der Unfallversicherung versichert:  Allgemein  Halbprivat  Privat

Unfalldatum: \_\_\_\_\_ Schadennummer: \_\_\_\_\_

Bei minderjährigen unter 18 Jahren Name und Vorname des Erziehungsberechtigten:  
\_\_\_\_\_

Rückseite beachten!

*Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Informationen für Patientinnen und Patienten auf der folgenden Seite einverstanden bin. Dieses Einverständnis bezieht sich auch explizit auf die Bearbeitung meiner Daten durch solche Dritten, wie z.B. externe medizinische Laboratorien, im Sinne dieses Formulars. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin bzw. meinem Arzt und mir als Patient:in sowie berechtigten Dritten durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Informationen von Patientinnen und Patienten werden seitens der Arztpraxis per Post, unverschlüsselten E-Mails oder SMS weitergegeben. Diese Kommunikation über unverschlüsselte E-Mails oder SMS kann Sicherheitslücken aufweisen. Zum Beispiel können E-Mails oder SMS auf dem Weg von mir zur SportClinic Zurich oder von der SportClinic Zurich zu mir oder berechtigten Dritten aufgehalten und eingesehen werden. Ich bin mir dieser Gefahren sowie der damit verbundenen Risiken bewusst und wünsche dennoch eine entsprechende Kommunikation per E-Mail und SMS. Damit ist eine Haftung der SportClinic Zurich für alle Schäden ausgeschlossen, die mittel- oder unmittelbar Folge der E-Mail- oder SMS-Kommunikation sind. Auf meinen Wunsch hin kann die Korrespondenz, die personenbezogene Daten von mir enthält, aber auch über verschlüsselte Kommunikation erfolgen. Sollte ich eine verschlüsselte Kommunikation wünschen, teile ich der SportClinic Zurich dies mit, die das in meinen Akten entsprechend vermerkt.*

*Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Arztrechnung erhalten.*

*Wird ein Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt, werden die Kosten privat verrechnet*

Datum:

Unterschrift:

---

*Information für Patientinnen und Patienten zum Umgang mit Personendaten*

*Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir 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 die Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin bzw. Ihren Arzt.*

*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 einerseits durch die behandelnde Ärztin oder den Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen und Ärzten sowie Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Formular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde.*

*Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.*

*Weitergabe der Daten Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist, die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrags notwendig 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 erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.*
- *Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.*
- *Die Übermittlung an ein externes Laboratorium, zum Zweck der Durchführung von Laboranalysen. In der Regel arbeiten wir diesbezüglich mit der Analytica AG und / oder ihrer Tochtergesellschaft Genetica AG zusammen (gemeinsam "Analytica"). Informationen darüber, wie Analytica Ihre Daten bearbeitet, finden Sie auf der Webseite von Analytica unter folgendem Link: [www.analytica.ch/datenschutzerklaerung/](http://www.analytica.ch/datenschutzerklaerung/)*
- *Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).*

Rückseite beachten!

*Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. andere Ärztinnen und Ärzte).*

*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 wir 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 Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte 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.*

*Recht auf Datenübertragung Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.*

*Berichtigung Ihrer Angaben Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.*