

## PATIENTENANMELDUNG

Name / Cognome / Nom:

Vorname / Nome / Prénom:

Geschlecht: m / w / d

Geburtsdatum / Data di nascita / Date de naissance:

Tel / Mobile:

E-Mail:

Strasse / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Hausärztin / Arzt:

Krankenversicherung:

Versicherten-Nr.:

**Gesetzliche Vertretung** (bitte ausfüllen, sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patienten / des Patienten)

Name und Vorname:

E-Mail:

### Patientenerklärung

- ✓ Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin/Arzt oder Therapeut/Therapeutin, sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation zum Umgang mit Patientendaten auf der folgenden Seite einverstanden bin.
- ✓ Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Patientenaufklärung und -erklärung gelesen und verstanden habe. Bei Unklarheiten oder Fragen, werde ich den behandelnden Arzt oder Therapeuten ansprechen.
- ✓ Ich ermächtige mein ein Arzt/Therapeut, medizinische Akten wie Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien, Gutachten, Akten von Behörden, Versicherungsträgern, Beurteilungen, sowie Arzt- oder Krankenhausberichten über abgeschlossene und noch laufende Behandlungen über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiter zu leiten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Mailadresse für den Newsletter von functionimed verwendet werden darf.
- ✓ 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/meinem Arzt, meinem Therapeuten/meiner Therapeutin, dem Gesundheitspersonal von functionimed und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Gesundheitspraxis wann immer möglich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse/@functionimed-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

### **Komplementär-Medizin und Nichtpflichtleistungen**

- der Patient/die Patientin ist verpflichtet die Kostenübernahme vor dem Termin mit der Zusatz- oder Unfallversicherung abzuklären
- Verrechnung nach geleisteten Zeitaufwand, pro angefangene 5 Minuten nach dem Tarif 590
- Aktenstudium und Führung der Krankengeschichte ist Teil der Konsultationszeit
- direkte Leistungsabrechnung mit den Versicherungen ist in der Komplementärmedizin nicht erlaubt
- Patienten\*Innen ohne Zusatzversicherung werden als Privatpatienten/Selbstzahler behandelt
- die Behandlung ist vor Ort zu bezahlen mit TWINT und EC/Maestro-Karten (kein American Express), Barzahlungen möglich, jedoch haben wir kein Wechselgeld
- bei Postversand wird ein Zuschlag von Fr. 3.50 verrechnet
- den Rückforderungsbeleg für Ihre Versicherung erhalten Sie via E-Mail
- Mahngebühren bei Zahlungsverzug: 1. Mahnung Fr. 5.- / 2. Mahnung Fr. 10.-

### **Patientenaufklärung Manuelle Medizin**

Wir sind juristisch verpflichtet, Sie über seltene, aber mögliche Komplikationen durch eine manualtherapeutische Mobilisation oder Manipulation aufzuklären. Hierbei ist auch die vollständige Information über Vorerkrankungen oder chronische Erkrankungen wichtig, welche in der Anamnese erfasst werden. So kann trotz sachgemässer Durchführung einer manualtherapeutischen Behandlung an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ein bisher klinisch stummer Bandscheibenvorfall symptomatisch werden. Mögliche Symptome sind Kribbeln, Taubheitsgefühl oder Muskellähmungen an Armen oder Beinen. Zudem kann eine Behandlung an der Halswirbelsäule in sehr seltenen Fällen zu einer Gefäßverletzung der hirnversorgenden Gefäße (Schlaganfall) kommen. Des Weiteren kann ein Wirbelkörper durch eine Behandlung bei bisher nicht diagnostizierter Osteoporose oder bei Metastasenbefall brechen. Es gibt jedoch Behandlungsalternativen, wenn eine manualmedizinische Manipulation nicht in Frage kommt. Bei Unklarheiten oder Fragen, wenden Sie sich bitte an den behandelnden Arzt oder Therapeuten.

### **Patientenaufklärung Gelenkinjektionen / Infiltrationen / ACP / Dry Needling**

Trotz sachgerechter Ausführung und Einhaltung sämtlicher Sterilitätskriterien kann es bei diesen Behandlungen zu Nebenwirkungen kommen. Dazu gehören lokale Hämatome am Ort der Behandlung, sowie muskelkaterähnliches Gefühl an der behandelten Stelle. Infektion des jeweiligen Gelenkes oder der umgebenden Weichteile, sowie allergische Reaktionen können weitere Nebenwirkungen sein. Weitere Komplikationen bei Dry Needling sind Verletzungen innerer Organe z.B. der Lunge, Verletzungen von Nerven oder Gefässen, sowie Abbrechen der Nadel. Diese Komplikationen sind wie erwähnt äusserst selten und lediglich der Vollständigkeit halber hier aufgeführt. Sollten Sie nach Eingriffen plötzlich eine massive Schmerzsymptomatik, Rötung, Schwellung, Fieber oder Schüttelfrost entwickeln, bitten wir Sie, umgehend mit uns Kontakt aufzunehmen oder sich im nächsten Krankenhaus vorzustellen.

### Patientenaufklärung Infusionstherapien

Dieses Dokument bestätigt meine Einwilligung zur IV-Therapie. Ich habe alle aktuellen Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel sowie bekannte Allergien und frühere Reaktionen auf Anästhetika mitgeteilt. Ich verstehe, dass ich über das Verfahren, mögliche Alternativen sowie die Risiken und Vorteile der IV-Therapie informiert werde. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass dieses Verfahren das Einführen einer Nadel in die Venen und die Verabreichung einer Infusionslösung umfasst, die in der Schweiz als Off-Label-Gebrauch gilt.

Die potenziellen Risiken der IV-Therapie sind:

Gelegentlich: Unbehagen, Blutergüsse, Schmerzen an der Injektionsstelle.

Selten: Venenentzündung, Phlebitis, Stoffwechselstörungen, Verletzungen.

Äußerst selten: Schwere allergische Reaktionen, Anaphylaxie, Infektionen, Herzstillstand, Tod.

Ich bin mir der möglichen unvorhersehbaren Komplikationen bewusst und vertraue darauf, dass das medizinische Personal nach bestem Wissen und Gewissen handelt. Ich verstehe die Risiken und Vorteile des Verfahrens und hatte die Gelegenheit, alle Fragen zu stellen. Ich weiß, dass ich das Recht habe, eine Behandlung jederzeit zuzustimmen oder abzulehnen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der IV-Therapie zugestimmt habe und verstehe, dass alle Nährstoffinfusionen als experimentell und nicht als Standardpflege gelten.

Datum/Data/Date:

Unterschrift/Firma/Signature: