

Personalienblatt

Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefonnummer und E-Mail:
Zivilstand:	Nationalität:
Name Kontaktperson:	Telefon Kontaktperson:
Krankenkasse:	AHV-Nummer: 756.
Beruf:	
Erwerbstätigkeit vor der Geburt? Wenn ja, wie viel %?	Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach der Geburt? Wenn ja, wann und wie viel %?
Geplanter Geburtsort:	
Gynäkolog*in:	Adresse/ Telefonnummer:
Kinderarzt/*ärztin:	Adresse/ Telefonnummer:

Körpergrösse und Gewicht vor der Schwangerschaft:	Blutgruppe und Rhesusfaktor:
Zyklus (regelmässig/ unregelmässig, Dauer in Tage, Stärke, Beschwerden):	Allergien:
Verhütung vor der Schwangerschaft:	Nimmst du zurzeit regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche?
Leidest du an Erkrankungen (einschliesslich gynäkologischer Infektionskrankheiten, Krampfadern, Nieren, Blasenprobleme und/ oder psychische Erkrankungen)?	Hattest du Operationen? Unfälle? Wenn ja, welche?
Hast du psychische oder physische Übergriffe erfahren?	Konsumierst du Alkohol oder andere Suchtmittel? Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Gibt es Erkrankungen in deiner Familie? Wenn ja, welche?	Leidet dein/e Partner/in an Erkrankungen? Gibt es in seiner/ihrer Familie Erkrankungen?
Bist du in Behandlung bei anderen Ärzten? Wenn ja, weshalb?	

Tag der letzten Mens:	Errechneter Geburtstermin:	Korrigierter Termin nach Ultraschall:
Anzahl Schwangerschaften:	Anzahl Geburten:	Anzahl Fehlgeburten:
Besonderheiten in vorherige Schwangerschaft (en):		
Besonderheiten in jetziger Schwangerschaft (Blutungen, Erkrankungen, Hormonbehandlungen, künstliche Befruchtung, anderes):		
Geburtsdatum, Geburtsart, Geburtsort und Name vorangegangener Kind (er):		
Stillerfahrungen? Wenn ja, welche und wie lange?		
Möchtest du Stillen?		
Geburtsvorbereitung (z.b. Akupunktur, Schwangerschaftspilates, Hypnobirthing.....)		
Wünsche für die Wochenbettbetreuung?		

Vielen Dank für das Ausfüllen.

Bei Fragen oder Unsicherheiten, kannst du dich per Telefon oder Mail bei mir melden.

Mit den Angaben der Personalien ist deine Anmeldung definitiv.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Hebamme Anna Frei sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin.

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 Hebamme Anna Frei und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Patienteninformationen werden seitens der Hebamme Anna Frei **ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege** weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.info@) erfolgen.

Ort, Datum:	Unterschrift:
--------------------	----------------------

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Hebamme Anna Frei 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 Hebamme Anna Frei. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an die Hebamme Anna Frei.

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 Hebamme Anna Frei im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von Ärzt:innen und weiteren Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Patientendokumentation werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Patientendokumentation umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräche, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde und Verläufe.

Dauer der Aufbewahrung:

Ihre Patientendokumentation wird während zwanzig 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 oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben. Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Ärzt:innen, andere Hebammen//Hebammenpraxen/Geburtshäuser.

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 Patientendokumentation einsehen oder auch eine Kopie verlangen.

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.¹

¹ SHV_3_Einwilligungserklärung-Patientenformular/ <https://www.hebamme.ch>