



Zentrum für Kinder mit
Sinnes- und Körperbeeinträchtigung

ZKSK, Solothurnstrasse 42, 4702 Oensingen, 062 396 30 04

Anmeldung Audiopädagogischer Dienst Kanton Solothurn

Name	
Vorname	
Adresse	
Geburtsdatum	
Name und Vorname Eltern und Geschwister	
Telefonnummer	
E-Mail	
IV-Nummer	
Diagnose	
Hilfsmittel	
Adresse Kindergarten/Schule	
Namen, Mail & Telefonnummer Lehrpersonen/Heilpädagog:in	
Adressen Kinderarzt/-ärztin HNO-Arzt/-Ärztin	
Adresse Akustiker:in	
Adressen weiterer Therapien/ Fachstellen	
Bemerkungen	
Datum Anmeldung	

Wir bitten Sie, die Termine einzuhalten und Ausfälle in der Schule mitzuteilen. Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, Ihr Kind mindestens 24 Stunden vorher abzumelden. Bei wiederholtem unentschuldigtem Fehlen, mehreren kurzfristigen Absagen (weniger als 24 Stunden vorher) erlauben wir uns, Ihnen CHF 50.00 in Rechnung zu stellen, um einen Teil der entstandenen Kosten zu decken. Bei häufigen Absenzen wird die Weiterführung der Therapie überprüft.

Ort und Datum: _____ Erziehungsberechtigte _____



Bitte senden Sie folgende Formulare ausgefüllt an untenstehende Adresse:

- ☐ Anmeldeformular
- ☐ Aktuelles Audiogramm
- ☐ Einwilligungserklärung Patientenformular (durch Sekretariat zugestellt)
- ☐ Schweigepflichtentbindung (durch Sekretariat zugestellt)

Schul- und Therapiezentrum Oensingen, ZKSK
Audiopädagogischer Dienst
Solothurnstrasse 42
4702 Oensingen
oensingen@zksk.ch



Zentrum für Kinder mit
Sinnes- und Körperbeeinträchtigung

ZKSK, Schöngrünstrasse 46, 4500 Solothurn, 032 625 82 50

Einwilligungserklärung / Patientenformular

Persönliche Angaben (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Vorname	Nachname
Geschlecht m w d	Geburtsdatum
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Krankenversicherung	

Gesetzliche Vertretung (Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit Personalien der Patientin / des Patienten)

(Institution)

Vorname	Nachname
Tel./Mobil	E-Mail

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Betreuungs- und Behandlungspersonen des ZKSK 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 den Betreuungs- und Behandlungspersonen des ZKSK und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen über unverschlüsselte Kommunikationswege erfolgen.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) sieht vor, dass Patientinnen und Patienten eine Kopie der Rechnung erhalten. Diese Rechnungen werden in elektronischer oder schriftlicher Form versendet.

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

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Organisation (nachfolgend ZKSK) 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 das ZKSK. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat des jeweiligen Standortes oder direkt an Ihre Kontaktperson.

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 durch unsere Fachpersonen im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und 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 Behandlung stehen. Die Patientendokumentation umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Therapieverläufe und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Patientendokumentation 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 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 Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkassos (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger (z.B. Sozialversicherungen, Institutionen, kantonale Behörden, Labore, andere Ärztinnen und Ärzte, Therapeut:innen).

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. 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.



Zentrum für Kinder mit
Sinnes- und Körperbeeinträchtigung

Einverständniserklärung – Entbindung Schweigepflicht

Angaben vom Kind

Name

Vorname

Geburtsdatum

Die ärztliche Leitung ZKSK, die behandelnden Therapeut:innen, die Lehrpersonen, die Mitarbeitenden der Fachbereiche Medizin und Psychologie, sowie Sozialpädagogik und Pflege werden durch die Eltern bevollmächtigt, Kontakt zu den behandelnden Ärzt:innen, Therapeut:innen, Lehrpersonen, Psycholog:innen, der Invalidenversicherung oder anderweitigem Fachpersonal/Institutionen aufzunehmen, Einsicht in die Akten zu nehmen und sie sind befugt, bei Bedarf Berichte anzufordern, wie auch ermächtigt, Leistungen zur vollständigen Behandlung zu beantragen.

Die Eltern bevollmächtigen das ZKSK-Kontakt zu Fachpersonen inner- und ausserhalb des ZKSK aufzunehmen, Akteneinsicht zu nehmen, Berichte anzufordern und Leistungen zu beantragen. Dies alles zwecks vollständiger Behandlung.

Wir erklären uns damit einverstanden:

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte