



ANAMNESEFRAGEBOGEN
BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Pat.Nr.:.....

Name Vorname

Strasse..... PLZ/Ort.....

Gesetzlicher Vertreter

Tel. Privat Tel. Geschäft Tel. Mobile

Wir erinnern Sie per SMS an Ihren Termin, falls Sie dies nicht wünschen bitte ankreuzen: nein Staatszugehörigkeit.....

Rechnungen, Kostenvoranschläge usw. senden wir Ihnen per Mail, falls Sie dies nicht wünschen bitte ankreuzen: nein

E-Mail

Beruf / Titel..... Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

Arbeitgeber (Name/Adresse)

Falls **AHV / IV oder Sozialamt** die Behandlung übernimmt: Name/Adresse:.....

Name/Adresse Ihres **Hausarztes/Zahnarztes**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch Arzt Zahnarzt: Name..... Verwandte/Freunde/Bekannte

Website Inserat, wo:..... Presse, welche:..... Andere:

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie anzupassen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Grund der Konsultation:.....

Sind/waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, weswegen?

Haben Sie oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? ja nein

Schlafapnoe / Schnarchen?..... ja nein

Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt? ja nein

Herzkrankungen: Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)..... ja nein

Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen..... ja nein

Angina pectoris oder Herzinfarkt ja nein

Zu hoher / zu tiefer Blutdruck ja nein

Bluterkrankungen: Blutarmut ja nein

Hämophilie (Blutungsneigung) ja nein

Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)?..... ja nein

Haben Sie Diabetes?..... ja nein

Haben Sie Magen- oder Darmprobleme? ja nein

Haben Sie Allergien? Wenn ja, worauf? ja nein

Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen? ja nein

Rauchen Sie? Wie viel? ja nein

Hatten Sie jemals Rheuma, Osteoporose oder Organtransplantationen? ja nein

Haben Sie diesbezüglich Medikamente oder Injektionen bekommen?..... ja nein

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente ein?..... ja nein

Wenn ja, welche?.....

Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche? ja nein

Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? ja nein

Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? Welche Woche? ja nein

Ratenzahlungen sind bis zur 3. Rate zinsfrei, ab der 4. Rate werden Zinsen erhoben.

Terminverschiebungen sind mind. 24 Stunden vorher telefonisch mitzuteilen. Versäumte Sitzungen werden in Rechnung gestellt.

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich damit einverstanden, dass die in der Praxis Dr. Ivanovic und Dr. Staub erstellte Krankengeschichte sowie meine Patientendaten für medizinische und verbundene Zwecke (wie z.B. Abrechnung und Bonitätsprüfung), soweit notwendig Dritten (z.B. externe Ärzte, Versicherungen, Inkassostellen und andere Dienstleister wie bspw. Dentallabor) zugänglich gemacht werden.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten, sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Zahnärztin / meinem Zahnarzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen.

Hiermit erlaube ich der Praxis Zahnarzt Kerzers die unverschlüsselte Übermittlung meiner patientenbezogenen Daten.

Ich habe die Patienteninformation/Datenschutzgesetz auf der Rückseite gelesen und bin damit einverstanden.

Kerzers, den.....

Unterschrift:.....



ZAHNARZT KERZERS
Dres.med.dent. Fidg.dipl.Zahnärzte
A. IVANOVIC & P. STAUB

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten - Neues Datenschutzgesetz

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Praxis Zahnarzt Kerzers GmbH 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 Praxis. 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 Zahnärztin/Ihren Zahnarzt.

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/den behandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt 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 Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte 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 und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. 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, soziale Dienste 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 berechnete Empfänger (z.B. andere Gesundheitsfachpersonen).
- Getätigte Aufnahmen von Röntgenbildern, intraoralen Fotos und Videos sowie Intraoralscans können für Fallplanungen (inkl. externe Anbieter), interne und externe Weiterbildungszwecke, Vorträge, Marketingzwecke (z.B. Website, social media u.a.) verwendet werden.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassounternehmen erfolgt zwecks Einziehens von säumigen Geldforderungen.

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.