

ANMELDESCHEIN FÜR ERWACHSENE bitte in Blockschrift ausfüllen

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort
Tel. Privat	Tel. Mobil
Geburtsdatum	E-Mail
Zivilstand	Beruf
Hausarzt	Notfallkontakt Name & Tel.
Gesetzlicher Vertreter / Vormund	Sind wir Ihnen empfohlen worden? Wenn ja, von wem?

Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie das entsprechende Feld ankreuzen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen vom Amt für Sozialbeiträge (Ergänzungsleistungen)?	JA	NEIN
Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen von der Sozialhilfe?	JA	NEIN
Erhalten Sie Beiträge an zahnärztliche Behandlungen von einem anderen Amt? Wenn ja, von welchem Amt?	JA	NEIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Ihr Gesundheitszustand kann Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, diesen Fragebogen ausführlich zu beantworten, damit wir Ihren allgemeinen Gesundheitszustand bei der Planung und Durchführung Ihrer zahnärztlichen Behandlung berücksichtigen können.

Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Wenn ja, wegen welcher Krankheiten?	JA	NEIN
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche:	JA	NEIN
Haben oder hatten Sie...		
zu hohen Blutdruck?	JA	NEIN
zu tiefen Blutdruck?	JA	NEIN
einen Herzinfarkt?	JA	NEIN
einen Schlaganfall?	JA	NEIN
einen angeborenen Herzfehler?	JA	NEIN
künstliche Herzklappen?	JA	NEIN
eine Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?	JA	NEIN
einen Herzschrittmacher?	JA	NEIN
blutverdünnende Medikamente?	JA	NEIN
Asthma und/oder Heuschnupfen? Bitte Zutreffendes unterstreichen	JA	NEIN
Hautausschläge?	JA	NEIN

Haben oder hatten Sie...		
Überempfindlichkeitsreaktion auf Medikamente oder Esswaren? Wenn ja, auf was:	JA	NEIN
einen Allergiepass? Bitte Kopie am Empfang abgeben	JA	NEIN
die Zuckerkrankheit (Diabetes)?	JA	NEIN
eine Nierenerkrankung?	JA	NEIN
eine Gelbsucht (Hepatitis)?	JA	NEIN
Tumorbehandlung mit Medikamenten oder Bestrahlungen?	JA	NEIN
Epilepsie (Krampfanfälle)?	JA	NEIN
Medikamente zur Osteoporose-Prävention (Bisphosphonate)?	JA	NEIN
Osteoporose?	JA	NEIN

Rauchen Sie?	JA	NEIN
Sind Sie HIV-positiv?	JA	NEIN
Fürchten Sie sich vor zahnärztlichen Behandlungen?	JA	NEIN
Möchten Sie an Ihren Zahnarzttermin erinnert werden?	per SMS	per E-Mail
	Ich wünsche <u>keine</u> Erinnerung	

**Was erwarten Sie von der Behandlung/Betreuung bei uns?
Haben Sie individuelle Anliegen?**

Für Patientinnen		
Sind Sie schwanger?	JA	NEIN
Planen Sie eine Schwangerschaft?	JA	NEIN

Ich erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inkl. Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrucke für medizinische Zwecke anderen Medizinalpersonen oder den Krankenversicherungen, die wiederum der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen, auf meinen Wunsch mitgeteilt oder auf Auftrag zugestellt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nach chirurgischen Eingriffen oder unter örtlicher Betäubung die aktive Teilnahme am Strassenverkehr für mehrere Stunden mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen kann. Ich bin damit einverstanden, dass mir – falls notwendig – eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Bei der Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) kann es im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen (Taubheitsgefühl, Kribbeln). Die Irritationen verschwinden in aller Regel wieder.

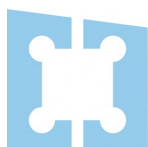
Die behandelte Person verpflichtet sich zur Bezahlung der Rechnung und zum Ersatz der Spesen und Auslagen, zuzüglich Mehrwertsteuer. Für den Fall, dass die Durchsetzung der Rechnungsforderung auf dem Betreibungswege und/oder gerichtlich zu erfolgen hat, wird der Zahnarzt von der Patientin resp. dem Patienten bereits im Voraus vom Berufsgeheimnis entbunden. Diese Erklärung gilt auch bei Eintritt der Handlungsunfähigkeit und über den Tod der behandelten Person hinaus.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt 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 Zahnärztin / meinem Zahnarzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Zudem nehme ich zur Kenntnis, dass ich mich im Verhinderungsfalle bis spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin abmelden muss. Bei unentschuldigtem Nichterscheinen wird eine Umtriebspauschale erhoben.

Bottmingen, den _____

Unterschrift: _____



Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Zahnarztpraxis am Weiherschloss AG 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 Zahnarztpraxis am Weiherschloss AG. 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 Herrn Dr. med. dent. Christian Dettwiler. Die Zahnarztpraxis am Weiherschloss AG und ihre Mitarbeitenden unterstehen dem Berufsgeheimnis. Das Patientengeheimnis wird vollständig gewahrt.

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 Behandlerin/den Behandler 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 zahnmedizinischen 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. 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.
- Entsprechend Ihrer Behandlung kann eine Übermittlung an ein zahntechnisches Labor nötig sein zur Herstellung der entsprechenden zahntechnischen Apparatur oder eines Zahnersatzes.

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. andere zahnmedizinische Spezialisten, Hausärzte, staatliche Institutionen wie z.B. SVA BL).

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 Dokumente einsehen oder auch eine Kopie davon 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 Richtigkeit noch die Unrichtigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreituungsvermerks.