

Geschlecht <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum
Vorname	Nachname
Strasse und Nr.	PLZ und Wohnort
Tel. Mobil	E-Mail
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Beruf	Arbeitgeber
Gesetzl. Vertreter	Krankenkasse
Hausarzt, behandelnder Arzt (Ort, Telefon)	
überweisender Zahnarzt (Ort, Telefon)	

Werden Sie von der Fürsorge, Sozialdienst, Sozialversicherung oder einem Hilfswerk unterstützt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Krankheiten können Auswirkungen auf die Behandlung haben. Wir bitten Sie deshalb, uns die folgenden Fragen mit «Ja» oder «Nein» zu beantworten. Herzlichen Dank!

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt oder waren Sie im Spital? Falls ja, weshalb?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen oder nahmen Sie Bisphosphonate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kreislauf: Blutdruck <input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> zu niedrig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwierigkeiten mit langem Bluten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gelenksprothese/Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erfolgte schon einmal eine Behandlung wegen einer/mehrerer der folgenden Krankheiten?

Hatten Sie je oder haben Sie eine andere ernsthafte Erkrankung, nach der nicht gefragt wurde? z.B. Autoimmunerkrankung, Osteoporose, Infektionskrankheit, Hepatitis, HIV, Tuberkulose? Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien: Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen/Medikamente/Materialien/Latex? Falls ja, auf welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen medizinischen Ausweis (z.B. Allergiepass, Endokarditis-Ausweis, Medikamentenliste)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie je einen Unfall im Kopf-/Gesichtsbereich? Falls ja, wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie? Anzahl Zigaretten pro Tag:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Für Patientinnen					
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, in welchem Monat?	Stillen Sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis auf Widerruf mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss der Patienteninformation/Datenschutzgesetz einverstanden bin.

Ich habe die Patienteninformation/Datenschutzgesetz auf der Rückseite gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden.

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

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten - Neues Datenschutzgesetz

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Praxis für Wurzelbehandlungen von Dr. Stefan Hänni 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, Therapievorschläge 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 berechnigte Empfänger (z.B. andere Gesundheitsfachpersonen).
- 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.

Stand 1. September 2023