

ANMELDUNG FÜR DIE KIEFERORTHOPÄDISCHE BEHANDLUNG

Wir bitten Sie, dieses Formular möglichst exakt auszufüllen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

männlich weiblich

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Geburtsdatum Beruf

Telefon Privat Telefon Geschäft

Telefon Handy Fax

E-Mail

Name und Vorname Eltern/gesetzlicher Vertreter

Privatzahnarzt

Allgemeine Fragen

Beziehen Sie Zusatzleistungen (IV, Sozialamt, Fürsorgeamt, Asylorganisation usw.)?	ja	nein
Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
Wenn ja, wegen welcher Erkrankung?	
Hausarzt/Facharzt (Name und Ort)	
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	ja	nein
Wenn ja, welche und wie häufig?	
Spielen Sie ein Blasinstrument?	ja	nein
Wenn ja, welches?	
Hatten Sie jemals einen Zahnunfall oder einen Schlag auf die Zähne erhalten?	ja	nein
Hatten Sie besondere Gewohnheiten wie Nuggilutschen, Fingerlutschen, Lippenbeissen oder Fingernägelkauen?	ja	nein
Waren Sie oder sind Sie in logopädischer Behandlung (Sprachheiltherapie)?	ja	nein



Medizinische Fragen

Sollte sich Ihr Gesundheitszustand ändern, so bitten wir Sie, uns bei Ihrer nächsten Behandlung zu informieren. Vielen Dank.

Haben Sie angeborene, erworbene Herzfehler oder sonstige Herzerkrankungen?	ja	nein			
Wenn ja, welche?				
Leiden Sie an Osteoporose?	ja	nein			
Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Osteoporose?				
Besteht eine Neigung zu langem Bluten (Hämophilie)?	ja	nein			
Wenn ja, eventuell aufgrund welcher Erkrankung?				
Nehmen Sie blutverdünnende (gerinnungshemmende) Medikamente?	ja	nein			
Wenn ja, welche?				
Ist bei Ihnen schon einmal ein Zwischenfall (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmacht o.ä.) während einer zahnärztlichen Behandlung aufgetreten?	ja	nein			
Hatten Sie schon einmal eine Nachblutung nach einem zahnärztlichen Eingriff?	ja	nein			
Reagieren Sie überempfindlich auf gewisse Medikamente oder Materialien?	ja	nein			
Wenn ja, welche?				
Besitzen Sie einen Allergiepass?	ja	nein			
Leiden Sie an Asthma oder Heuschnupfen?	ja	nein			
Sind Sie an HIV/AIDS erkrankt?	ja	nein			
Sind Sie an Gelbsucht (Hepatitis) erkrankt? Wenn ja, welcher Typ Hepatitis?	A	B	C	ja	nein
Wann wurde die Erkrankung festgestellt?				
Leiden Sie an einer Zuckerkrankheit (Diabetes)?	ja	nein			
Wenn ja, spritzen Sie Insulin?	ja	nein			
Leiden Sie an Epilepsie, Krampfanfällen?	ja	nein			
Leiden Sie an Tumorerkrankungen (Krebs, Leukämie)?	ja	nein			
Wenn ja, welche und seit wann?				
Haben Sie häufig Ohrschmerzen oder Halsweh?	ja	nein			
Leiden Sie an Rheumatismus oder an anderen Autoimmunerkrankungen?	ja	nein			
Wurde bei Ihnen bereits eine Zahnregulierung durchgeführt oder begonnen?	ja	nein			
Wurden Ihnen die Gaumen- oder Rachenmandeln entfernt oder die Entfernung empfohlen?	ja	nein			
Wenn ja, wann?				
Andere, bisher nicht aufgeführte Erkrankungen	ja	nein			
Wenn ja, welche?				
Wurden Sie gegen Starrkrampf (Tetanus) geimpft?	ja	nein			
Wenn ja, wann?				
An Patientinnen: Sind Sie schwanger?	ja	nein			

Inkasso Bearbeitungsgebühr: (frühestens ab Tag 80 nach Rechnungsdatum, bei Übergabe an die Inkasso Med AG) abhängig von der Forderungshöhe, Maximalbetrag in CHF: 50 (bis 20); 70 (bis 50); 100 (bis 100); 120 (bis 150); 149 (bis 250); 195 (bis 500); 308 (bis 1'500); 448 (bis 3'000); 1'100 (bis 10'000); 1'510 (bis 20'000); 2'658 (bis 50'000); 6% der Forderung (ab 50'000).

Ort und Datum Unterschrift

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin



Patienteninformation zum Umgang mit personenbezogenen Daten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchen Zwecken die oben genannte Zahnarztpraxis (nachfolgend Zahnarztpraxis genannt) Ihre personenbezogenen Daten erhebt, speichert oder weitergibt. Darüber hinaus informieren wir Sie über Ihre Rechte, die Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Verantwortliche Stelle

Verantwortliche Stelle für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten, ist die Zahnarztpraxis. Wenn Sie Fragen zum Datenschutz haben oder Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihren Arzt.

Erhebung und Zweckbindung der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung (Erhebung, Speicherung, Nutzung und Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorschriften zur Erfüllung des Behandlungszwecks und der damit verbundenen Pflichten. Die Datenerhebung erfolgt zum einen durch den behandelnden Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von anderen Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, wenn Sie dazu 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, Kontakt- und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung geführte Aufklärungsgespräch und die erhobenen Gesundheitsdaten wie Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird 20 Jahre nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

Weitergabe von Daten

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre medizinischen Daten, nur dann an externe Dritte weiter, wenn dies gesetzlich erlaubt oder vorgeschrieben ist oder Sie im Rahmen Ihrer Behandlung eingewilligt haben.

- Die Weitergabe an Ihren Krankenversicherer bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen.
- Die Weitergabe an kantonale und nationale Behörden (z. B. kantonale zahnärztliche Dienste, Gesundheitsdepartemente usw.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zum Zwecke des Inkassos (Einzahlung fälliger Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger (z. B. Labore).

Widerruf Ihrer Einwilligung

Wenn Sie in eine Datenverarbeitung ausdrücklich eingewilligt haben, können Sie Ihre Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise wider-

rufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung muss schriftlich erfolgen. Sobald uns Ihr schriftlicher Widerruf vorliegt und die Verarbeitung nicht auf eine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Verarbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die bezüglich Ihrer Person gespeicherten Daten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder eine Kopie davon verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann gebührenpflichtig sein. Allfällige Kosten, die sich nach dem Aufwand für die Erstellung der Kopie richten, werden Ihnen vorgängig mitgeteilt.

Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht, sich oder einem Dritten die Daten, die wir automatisiert oder digital verarbeiten, in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch für die Übermittlung medizinischer Daten an einen von Ihnen bestimmten Behandelnden. Soweit Sie die direkte Übermittlung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit dies technisch möglich ist.

Berichtigung Ihrer Daten

Wenn Sie feststellen oder glauben, dass Ihre Daten unrichtig oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu beantragen. Lässt sich weder die Unrichtigkeit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten feststellen, haben Sie die Möglichkeit, einen Bestreitungsvermerk anzubringen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den behandelnden Arzt zur Geltendmachung seiner Honorarforderung von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. Weiterhin bestätigen Sie, dass Sie mit der Verarbeitung Ihrer Daten, dem Zugriff auf die Daten durch den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss der Patienteninformation einverstanden sind.

Sie sind sich der möglichen Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Kenntnisnahme durch unberechtigte Dritte bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie Ihrer Rechte bewusst und geben Ihr Einverständnis zur gegenseitigen Kontaktaufnahme zwischen Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und Ihnen als Patientin oder Patient über die Kontaktdaten. Patienteninformationen werden von der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege übermittelt. Sie sind damit einverstanden, dass administrative Belange, wie z.B. Terminverschiebungen, über unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation abgewickelt werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin