

## Anamnesefragebogen

Ihr Gesundheitszustand sowie Ihre Medikamenteneinnahme können Einfluss auf die zahnärztliche Behandlung haben. Bitte füllen Sie dieses Formular wahrheitsgemäss aus.

Alle gemachten Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Patient/Patientin: Frau Herr

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Telefon Mobil \_\_\_\_\_

Strasse & Nr \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Name des gesetzl. Vertreters  
(Sofern Vorhanden) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Versicherung /Krankenkasse \_\_\_\_\_

Zahnezusatzversicherung

Erhalten Sie Unterstützung

Ergänzungsleistung

Sozialhilfe

Selbstzahler

Hausärztin/-arzt

Name \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Grund des Besuchs Kontrolle/Info Notfall/Schmerzen : \_\_\_\_\_

### Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

- Werden/wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Wenn ja, wegen welcher Krankheit? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Haben oder hatten Sie eine Hepatitis (Gelbsucht/Leberentzündung)?  Ja  Nein
- Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Herz-Kreislaufkrankungen? Wenn ja, bitte ankreuzen  Ja  Nein
- zu hohen/zu tiefen Blutdruck  Angina pectoris
- Herzinfarkt  Schlaganfall
- Herzklappenfehler/künstliche Herzklappe  Endokarditis
- Sind Sie HIV-positiv?  Ja  Nein
- Nehmen Sie Blutverdünner oder haben Sie eine Hämophilie?  
wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Leiden Sie unter einer Stoffwechselkrankheit? Wenn ja, welche?  Ja  Nein
- Schilddrüsenerkrankung  Diabetes
- Andere: \_\_\_\_\_

- Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Hatte Sie jemals:
  - Verdauungsstörung
  - Rheuma
  - hormonelle Störung
  - Chemotherapie
  - Bestrahlung
- Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein
- Tragen Sie Gelenkprothesen, Herzschrittmacher oder andere Implantate?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Rauchen Sie oder haben sie geraucht? Wieviele am Tag? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
- Haben Sie zurzeit vermehrt Stress? Ist der Schlaf häufig nicht erholsam?  Ja  Nein

**Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allfälliger notwendiger Abklärungen mit meiner Ärztin/meinem Arzt oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen, wie Versicherungen etc., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden.**

**Ich bin einverstanden, dass mir - falls notwendig - eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung. Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer und an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden.**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Zahnarztpraxis (nachfolgend Zahnarztpraxis) Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Zahnarztpraxis. 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 Ärztin / Ihren Arzt.

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 Ärztin/Arzt 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, Therapievorschlüsse und Befunde.

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.

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. kantonszahnärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

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

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.

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.

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.

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.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_