

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Gesetzl. Vertreter: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____ Tel. Mobile: _____

Wenn Sie **keine** Terminerinnerung per SMS wünschen, kreuzen Sie bitte diese Box an. Staatszugehörigkeit: _____

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) ____ . ____ . ____ Beruf / Titel: _____

E-Mail: _____
(Mit der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihnen vertrauliche Daten wie Termine, Rechnungen, Arztberichte usw. elektronisch zusenden dürfen.)

Arbeitgeber (Name / Adresse): _____

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

Name / Adresse Ihres Hausarztes / Zahnarztes: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

 Überweisung durch: Arzt Zahnarzt Name: _____ Verwandte / Freunde / Bekannte Website Inserat, wo: _____ Presse, welche: _____ Kieferorthopädie Sense sowie Partner von Kieferorthopädie Sense in der Schweiz und der EU möchten Ihnen von Zeit zu Zeit per E-Mail Angebote und Informationen senden, welche für Sie von Interesse sein könnten. Falls Sie von dieser Dienstleistung **keinen** Gebrauch machen möchten, kreuzen Sie bitte die vorstehende Box an. Sie können Ihre Einwilligung auch später jederzeit widerrufen.

Gesundheitsfragen

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: _____

Besuchen Sie uns aufgrund eines Unfalls? Wenn ja, Unfalldatum: _____ J N

Spezieller Wunsch: _____

Sind / waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? J N

Wenn ja, weswegen? _____

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen Spitalaufenthalt oder Unfall? J N

Wenn ja, Grund / Art der Verletzung? _____

Haben Sie einen ärztlichen Ausweis / Pass (z.B. wegen antibiotischer Abschirmung, Blutverdünnung, Herzschrittmacher, Gelenkersatz und/oder Organtransplantation)? J NHaben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? J NSind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt? J N

Herzerkrankungen:

- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) J N
- Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen J N
- Angina pectoris J N
- Herzinfarkt J N
- Zu hoher / zu tiefer Blutdruck J N
- Herzschrillmacher J N

Bluterkrankungen:

- Blutarmut J N
- Bluten Sie lange bei Verletzungen? Liegt J N
- Hämophilie (Blutungsneigung) vor? J N
- Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)? J N
- Bekommen Sie leicht blaue Flecken? J N

- Leiden Sie an Kreislaufstörungen, wie z.B. Ohnmachtsanfällen? J N
- Haben Sie Diabetes? J N
- Leiden Sie unter saurem Aufstossen, Sodbrennen und/oder häufigem Erbrechen? J N
- Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____ J N
- Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen? J N
- Leiden Sie an Atemproblemen (Asthma, Bronchitis und/oder Heuschnupfen)? J N
- Leiden Sie unter Verspannungen / Schmerzen im Kopf- und/oder Halsbereich? J N
- Hatten Sie jemals Rheuma, Osteoporose, Gelenkprobleme und/oder Organtransplantationen? J N
- Haben Sie künstliche Gelenke (Hüfte, Knie)? J N
- Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? J N
- Wenn ja, welche? _____

- Sind Sie mit dem Zustand / Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? J N
- Wenn nein, was stört Sie? _____
- Hatten Sie jemals Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? J N
- Wenn ja, welche? _____
- Hatten Sie jemals einen ernsthaften Unfall im Kiefer- und/oder Gesichtsbereich? J N
- Wurden Sie jemals im Bereich von Mund und/oder Lippen operiert oder bestrahlt? J N

- Rauchen Sie? Wie viel? _____ J N
- Trinken Sie regelmässig Alkohol? J N
- Konsumieren Sie Drogen? J N
- Wenn ja, welche? _____
- Leiden Sie an Epilepsie? J N
- Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? J N
- Nehmen Sie die „Pille“ (orales Antikonzeptivum)? J N
- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? J N
- Welche Woche? _____
- Wurden Sie über die Direktbezahlung informiert? J N

Wir bitten Sie, Terminverschiebungen oder -absagen mindestens 24h vorher mitzuteilen. Ansonsten behalten wir uns vor, den nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, welche unter www.kieferorthopaede-duedingen.ch abrufbar sind und auf das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns Anwendung finden.

Ich bestätige hiermit die Korrektheit der von mir gemachten Angaben und dass ich mit der Einverständniserklärung auf der nächsten Seite einverstanden bin.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Bearbeitung von Personendaten

Die in diesem Anamnese-Fragebogen erfragten Personendaten sowie die anlässlich der medizinischen Behandlung erhobenen Personendaten (Krankheitsverlauf, Gesundheitsdaten, Röntgen- und andere Bilder, Fotos, Behandlungsoptionen, durchgeführte Behandlungen, medizinische Aufklärungen, etc.) werden für Zwecke der medizinischen Behandlung, der Rechnungsstellung, der Bonitätsprüfung sowie des Inkassos verwendet. Ausserdem können die Personendaten verwendet werden, um Ihnen Angebote und Informationen zukommen zu lassen, sofern auf vorheriger Seite nicht als unerwünscht angekreuzt. Diese Personendaten werden ausserdem in einem Patientenmanagementsystem gemäss den anwendbaren rechtlichen Vorschriften aufbewahrt. Die Rechtsgrundlagen für die Datenbearbeitung bilden – je nach Datenbearbeitung – die Erfüllung des Vertrages mit Ihnen, unsere überwiegenden berechtigten Interessen sowie Ihre Einwilligung. Wir bearbeiten und speichern Ihre Daten nur so lange, wie es gemäss dem betreffenden Bearbeitungszweck notwendig ist oder eine andere rechtliche Grundlage (z.B. gesetzliche Aufbewahrungs- und Verjährungsfristen) dafür besteht. Daten, die wir aufgrund einer Vertragsbeziehung mit Ihnen besitzen, behalten wir mindestens so lange, wie die Vertragsbeziehung besteht und Verjährungsfristen für mögliche Ansprüche von uns laufen oder vertragliche Aufbewahrungspflichten bestehen.

Sofern es für die medizinische Behandlung nützlich ist, dürfen Informationen sowie Dokumente zu früheren (zahn-)medizinischen Behandlungen bei Ihrem bisherigen (Zahn-)Arzt eingeholt werden. Insofern entbinden Sie uns sowie den angefragten (Zahn-)Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und der beruflichen Schweigepflicht gemäss dem Datenschutzgesetz.

Verantwortliche in Bezug auf die erhobenen Personendaten ist die Kieferorthopädie Sense AG mit Sitz an der Bahnhofstrasse 5, 3186 Düringen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kieferorthopädie Sense AG können für die oben genannten Zwecke Einsicht in diese Daten nehmen und diese bearbeiten. Darüber hinaus können die Personendaten aufgrund Ihrer ausdrücklichen Einwilligung an folgende Dritte in der Schweiz und der EU bekannt gegeben werden und Sie entbinden uns insofern von der ärztlichen Schweigepflicht und der beruflichen Schweigepflicht gemäss dem Datenschutzgesetz und willigen hiermit im nachstehenden Umfang in die Bekanntgabe von Daten an die folgenden Dritten ein:

- An zahntechnische und andere Labors, sofern dies für die medizinische Behandlung erforderlich sein sollte;
- An andere Ärzte, Gesundheitsfachpersonen und medizinische Institutionen, sofern Sie uns darum bitten oder sofern wir von diesen in Ihrem Namen darum gebeten werden;
- An Kranken-, Unfall- und andere Versicherungen sowie Behörden oder staatliche Institutionen, sofern dies für die medizinische Behandlung oder Abrechnung bzw. Rechnungsstellung notwendig sein sollte;
- An externe Dienstleister im IT-Bereich, die unsere Soft- und Hardware betreuen;
- An andere Gesellschaften der Kieferorthopädie Sense AG und/oder an externe Dienstleister, die uns im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung, administrativen Tätigkeiten, der Bonitätsprüfung und dem Inkasso unterstützen; Ihre Personendaten, insbesondere Ihre Bonitätsdaten, werden zudem zwecks Bonitätskontrolle und Führung entsprechender Datenbanken an spezialisierte Dienstleister weitergegeben; die Bonitätsprüfung erfolgt auch gestützt auf automatische Prozesse und Entscheidungen und hat Auswirkungen auf die zur Verfügung stehenden Zahlungsarten;
- An Dienstleister (z.B. Rechtsanwälte und Inkassobüros) und Behörden (z.B. Aufsichtsbehörden, Schuldbetreibungs- und Konkursbehörden, Friedensrichter, Gerichte), die uns im Zusammenhang mit dem Inkasso unterstützen;
- An die MF Group AG in St. Gallen, oder andere Factoring-Partner, zum Zweck der Abrechnung (inkl. Abtretung der Forderung), Bonitätsprüfung und Geltendmachung der Forderung sowie an deren Finanzierungspartner in Deutschland zwecks Weiterübertragung und Geltendmachung der Forderung; Ihre persönlichen Daten sowie Ihre Bonitätsdaten werden zudem zwecks Bonitätskontrolle und Führung entsprechender Datenbanken an spezialisierte Dienstleistungsunternehmen weitergegeben;
- An externe Partner, um Ihnen Angebote und Informationen zukommen zu lassen, sofern oben nicht als unerwünscht angekreuzt.

Sofern Personendaten an einen Dritten in der Schweiz oder der EU bekanntgegeben werden, werden jeweils nur diejenigen Daten bekannt gegeben, welche für die Erreichung des entsprechenden Zwecks notwendig sind.

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden bearbeiteten Personendaten zu erhalten sowie insbesondere deren Berichtigung und Löschung zu verlangen. In Fällen, in welchen die Datenbearbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie zudem das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung wird dadurch aber nicht berührt. Sie haben überdies das Recht, Ihre Ansprüche gerichtlich durchzusetzen oder bei der zuständigen Datenschutzbehörde eine Beschwerde einzureichen. Die zuständige Datenschutzbehörde der Schweiz ist der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (<http://www.edoeb.admin.ch>). Sollten Sie Fragen zum Thema Datenschutz haben, wenden Sie sich bitte an praxisduedingen@vandenhoek.ch.