



ZAHNARZTPRAXIS WEISSRAUM

Zürcherstrasse 18
8107 Buchs ZH
Telefon: +41 (0)44 845 06 20

Webseite: www.zahnarztpraxis-weissraum.ch
E-Mail: info@zahnarztpraxis-weissraum.ch

ANAMNESE FRAGEBOGEN & EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten

Bevor wir uns um Ihre zahnmedizinischen Bedürfnisse und Wünsche unterhalten können, benötigen wir neben Informationen zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

PERSONALIEN

Name	Vorname
Gesetzlicher Vertreter (Name, Adresse)	
Strasse	
PLZ / Ort	Geburtsdatum
Beruf	Arbeitgeber
Tel. Privat	Tel. Geschäft
Mobiltelefon	E-Mail
Hausarzt (Name, Ort)	
Empfangen Sie Fürsorge oder Sozialhilfe? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung von _____ <input type="checkbox"/> (Anderes) _____	

GESUNDHEITSFRAGEN

Waren Sie während der letzten Jahre im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, wann und weshalb? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nahmen oder nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein künstliches Gelenk? Wenn ja, wo und seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bluten Sie lange, wenn Sie sich schneiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Allergien, Unverträglichkeiten (z.B. Penicillin)? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein



ZAHNARZTPRAXIS WEISSRAUM

Zürcherstrasse 18
8107 Buchs ZH
Telefon: +41 (0)44 845 06 20

Webseite: www.zahnarztpraxis-weissraum.ch
E-Mail: info@zahnarztpraxis-weissraum.ch

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

Herzerkrankungen:		
– Endokarditis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Herzklappenfehler / künstliche Herzklappe?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Angina Pectoris?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Herzinfarkt? Wann: _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Zu tiefer Blutdruck?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Infektionskrankheiten:		
– Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– HIV, AIDS?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
– Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Medikamente im Zusammenhang mit Osteoporose ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rheuma?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nierenprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Magen- / Darmprobleme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemproblemen? <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Reagieren Sie ungewöhnlich auf Spritzen beim Zahnarzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an einer anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie Angstpatient/in?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn Ja, wieviel pro Tag? _____ Seit _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wie möchten Sie an Ihren routinemässigen Dentalhygiene-Untersuchungstermin erinnert werden?

☐ Mit einer E-Mail ☐ Mit einem Brief (Post) ☐ Termin wird vereinbart

Wünschen Sie eine kostenlose Erinnerung vor Ihrem nächsten Termin?

☐ Ja, per SMS ☐ Ja, per E-Mail ☐ Nein

Wie möchten Sie Ihre Rechnung zugestellt haben?

☐ Per Post ☐ Per E-Mail

Dürfen wir Sie über Neuheiten aus unserer Praxis per E-Mail informieren? (max. 2-3 Mal pro Jahr)

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte 24 Stunden im Voraus. Sie ersparen sich damit dessen Verrechnung. Vielen Dank!

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche sowie Zahlungszwecke, anderen Medizinalpersonen, Versicherungen, Inkasso- oder Betreibungsstellen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____



ZAHNARZTPRAXIS WEISSRAUM

Zürcherstrasse 18
8107 Buchs ZH
Telefon: +41 (0)44 845 06 20

Webseite: www.zahnarztpraxis-weissraum.ch
E-Mail: info@zahnarztpraxis-weissraum.ch

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

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. Diese Personendaten werden ausserdem in einem Patientenmanagementsystem gemäss den anwendbaren rechtlichen Vorschriften aufbewahrt. Die Grundlagen 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 ZAHNARZTPRAXIS WEISSRAUM, med. dent. Daniel Trachsler, Zürcherstrasse 18, 8107 Buchs ZH. Die Mitarbeitenden der ZAHNARZTPRAXIS WEISSRAUM 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 Dienstleister (z.B. Rechtsanwälte und Inkassobüros) und Behörden (z.B. Aufsichtsbehörden, Schuldbetreibungs- und Konkursbehörden, Friedensrichter, Gerichte), die uns im Zusammenhang mit dem Inkasso unterstützen

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>.

Ort, Datum: _____

Name in Blockschrift: _____

Unterschrift: _____