

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Gesetzl. Vertreter: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobile: _____

☐ Wenn Sie **keine** Terminerinnerung per SMS wünschen,
kreuzen Sie bitte diese Box an.

Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D

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: _____

Wenn zutreffend Angabe Krankenversicherung / Unfallversicherung: _____

Wie lautet Ihre Police-Nummer? _____

Folgende Person darf Auskünfte über mich und meine Erkrankung/-en erhalten:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobile: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Überweisung durch: ☐ Arzt ☐ Zahnarzt Name: _____

☐ Verwandte / Freunde / Bekannte ☐ Website ☐ Inserat, wo: _____ Presse, welche: _____

☐ Zahnarztpraxis Theaterstrasse sowie Partner von Zahnarztpraxis Theaterstrasse 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.

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.zahnarzt-dental-lounge.ch abrufbar sind und auf das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns Anwendung finden.

Gesundheitsfragen

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Aus welchem Grund kommen Sie zum Zahnarzt?

☐ Professionelle Zahnreinigung ☐ Kontrolle ☐ Anderes: _____

1. Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ J ☐ N

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung? _____

2. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____ ☐ J ☐ N

3. Besteht zur Zeit eine Erkältung? ☐ J ☐ N

4. Hatten Sie in den letzten vier Wochen Durchfall oder Erbrechen? ☐ J ☐ N

5. Hatten Sie frühere Operationen oder Eingriffe? _____ ☐ J ☐ N

6. Hatten Sie oder Blutsverwandte Narkosekomplikationen? Wenn ja, welche? _____ ☐ J ☐ N

7. Wurden schon einmal Blut oder Blutbestandteile übertragen? ☐ J ☐ N

Wenn ja, ergaben sich dabei Besonderheiten? _____

8. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten folgender Organe:

• **Herz / Kreislauf:** Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündung, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Blutgefäße:** Krampfader, Thrombose, Durchblutungsstörungen? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Atemwege / Lunge:** Asthma, chronische Bronchitis, Lungenblähung (Emphysem), Staublunge, Tuberkulose? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Lebererkrankungen:** Gelbsucht, Leberverhärtung, Fettleber? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Nieren:** Nierenfunktionsstörungen, Nierenentzündung? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Speiseröhre, Magen, Darm:** Geschwür, Engstellen? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Stoffwechsel:** Diabetes, Gicht? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Schilddrüse:** Über-/Unterfunktion, Kropf? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Augenerkrankungen:** Erhöhter Augeninnendruck? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Nerven / Gemüt:** Krampfleiden (Epilepsie), Depressionen, Lähmung ☐ J ☐ N

• **Erkrankungen des Skelettsystems:** Bandscheibenbeschwerden, Ischias, Gelenkerkrankungen, Schulter-Arm-Syndrom? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Muskelerkrankungen:** Gibt es Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten von Ihnen? ☐ J ☐ N

• **Bluterkrankungen:** Gerinnungsstörungen, Leukämie, Neigung zu Blutergüssen? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• **Allergien:** Heuschnupfen, Medikamenten-Allergie, Penicillin, Pflaster, Gummi, Fruchtzucker, Jod, Nickel, Betadine? Andere: _____ ☐ J ☐ N

• Leiden oder litten Sie an einer sonstigen, hier nicht aufgeführten Erkrankung? ☐ J ☐ N

Wenn ja, welche? _____

9. Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Wenn ja, welche? _____ ☐ J ☐ N

10. Rauchen, Alkoholkonsum. Wenn ja, was und wieviel? _____ ☐ J ☐ N

11. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, was und wieviel? _____ ☐ J ☐ N

12. Wurde bei Ihnen eine Hepatitis- oder eine HIV-Infektion festgestellt? ☐ J ☐ N

13. Besteht bei Ihnen eine Schwerhörigkeit? Tragen Sie ein Hörgerät / Hörimplantet? ☐ J ☐ N

14. Leiden Sie unter Osteoporose / Knochenschwund / einer anderen Knochenerkrankung? ☐ J ☐ N

15. Für Patientinnen: Könnte möglicherweise eine Schwangerschaft bestehen? ☐ J ☐ N

Bemerkungen: _____

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 Zahnarztpraxis Theaterstrasse AG mit Sitz an der Theaterstrasse 18, 8001 Zürich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahnarztpraxis Theaterstrasse 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 externe Dienstleister oder administratives Personal der Colosseum Dental Schweiz, die uns im Zusammenhang mit der Administration unterstützen.
- 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 info@zahnarzt-dental-lounge.ch.