

Bitte kontrollieren, korrigieren und ergänzen Sie die nachstehenden Angaben.

Patient

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Potentielle Kostenübernahme

Patient\*in oder gesetzlicher Vertreter\*in  Krankenkasse oder Zusatzversicherung

Invalidenversicherung (IV)  Sozialamt  Dienststelle Asyl- und Flüchtlingswesen

Empfehlung

Zahnarzt \*in (Name, Ort): \_\_\_\_\_

Patient \*in: \_\_\_\_\_  Internet

Gesundheitsfragebogen

Ja      Nein

Waren Sie in den letzten 3 Monaten stationär oder ambulant im Spital oder in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?

 

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

 

Leiden Sie an einem angeborenen oder erworbenen Herzfehler oder sonstige Herzerkrankungen?

 

Ist Ihr Blutdruck erhöht?

 

Hatten Sie je eine ungewöhnliche oder allergische Reaktion auf Spritzen, Medikamente (z.B. Penicillin) oder zahnärztliche Materialien (z.B. Latex)? Wenn ja, welche?

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten:

Ja      Nein

ADHS

 

Asthma

 

Epileptische Anfälle

 

Heuschnupfen

 

Häufige Kopfschmerzen

 

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

 

Rheumatismus

 

Magen- oder Darmgeschwüre

 

Haben oder hatten Sie je Gelbsucht oder eine andere schwere Infektionskrankheit (AIDS, Tuberkulose)? Wenn ja, welche?

 

Haben oder hatten Sie je eine andere ernsthafte Erkrankung? Wenn ja, welche?

 

Befinden Sie sich in regelmässigen zahnärztlichen Kontrollen? Wenn ja, bei wem?

 

Zahnarzt \*in:

Ort:

Die erste Konsultation dauert ungefähr 30 Minuten und kostet gemäss SSO-Tarif CHF 104.60.

Wir versenden unsere Rechnungen standardmässig per e-Mail, wenn Sie einen Postversand wünschen  
melden Sie sich bitte am Empfang.

## Einwilligungserklärung Datenschutz

Patient .....

Vorname: .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Bitte geben Sie sämtliche angehörige Personen an, welche **NICHT** berechtigt sind, Auskunft zum oben genannten Patienten/Patientin zu erhalten.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Anmerkungen

.....  
.....  
.....

Ich bestätige, dass ich mit der Bearbeitung meiner Kontakt- und Gesundheitsdaten, dem Zugriff auf die Daten sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Zudem bin ich damit einverstanden, dass meine Daten im Falle einer Zahlungseintreibung an externe Stellen (Inkasso) weitergegeben werden.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen der Praxis Otmar Kronenber AG und mir als Patient/in durch die auf dem Personalienblatt angegebenen Kontaktdaten. Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel die Terminvergabe mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Datum .....

Vorname Nachname .....

(Bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Unterschrift .....

# Umgang mit Personendaten - Datenschutzgesetz 09/2023

Nachfolgend informieren wir Sie über den Zweck der Datenerhebung, die Speicherung und die Weitergabe Ihrer Daten in der Praxis Otmar Kronenber AG. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können. Bei Fragen, wenden Sie sich bitte an unser Sekretariat.

## Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung

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 im Rahmen Ihrer Behandlung durch uns, andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer kieferorthopädischen 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, Therapievorschläge und Befunde. Außerdem wird bei den meisten Apparaturen die Tragezeit elektronisch erfasst und gespeichert. Bitte beachten Sie, dass unsere Praxis zur Gewährleistung Ihrer und unserer Sicherheit videoüberwacht wird.

## Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte muss während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt werden. Danach kann sie gemäss Ihrem ausdrücklichen Wunsch gelöscht werden.

## Weitergabe der Daten

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 Dritte als Kostenträger wie ihre Kranken-, 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, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger, wie zahntechnische Labore und andere Hersteller zahnmedizinischer Apparaturen.

## Widerruf Ihrer Einwilligung

Sie können 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.

## Auskunft, Einsicht und Herausgabe

Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch einen Auszug verlangen. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie der Leistungsabrechnung, falls Dritte, wie die Invalidenversicherung oder Krankenkasse, als Kostenträger auftreten. Die Herausgabe des Auszuges kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

## Recht auf Datenübertragung

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.

## Berichtigung Ihrer Angaben

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.

Haben Sie weitere Fragen - wenden Sie sich an uns!