

## Personalien

Vorname	Nachname
Strasse	PLZ / Ort
Tel. Privat	Tel. Arbeit
E-Mail	
Geburtsdatum	Beruf
Wer trägt die Behandlungskosten? Bitte zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Andere	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? Bitte zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Inserat <input type="checkbox"/> Andere	

## Falls Sie vertreten werden (Vormund)

Vorname	Nachname
Adresse	
Tel.	E-Mail

## Gesundheitsfragebogen

Sind Sie zur Zeit in zahnärztlicher oder zahnprothetischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, bei wem: _____		
Leiden Sie an einer Herzkrankheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche: _____		
Wurde bei Ihnen Osteoporose diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben oder hatten Sie jemals eine Hepatitis (Gelbsucht)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie an HIV erkrankt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an unheilbaren oder chronischen Krankheiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche: _____		
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche: _____		
Nehmen Sie Blutverdünner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie eine Kieferoperation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Knirschen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Zustimmung für Fotoaufnahmen

Ich bin einverstanden, dass von mir und/oder meinem Zahnersatz zu Dokumentationszwecken, Fotos gemacht werden dürfen.  Ja  Nein

### Entbindung der Schweigepflicht

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Daten und Befunde meiner Anamnese inklusive Röntgenbilder und Fotos, deren Kopie oder Ausdrücke zwecks notwendiger Abklärung oder Information mit meiner/m Zahnärzt\*in oder weiteren, der Schweigepflicht unterstellten Personen, ausgetauscht werden dürfen.

### Zustimmung über den Umgang mit meinen Personendaten

Ich bestätige hiermit, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch den Zahnprothetiker sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten (Stand 1. September 2023) auf der folgenden Seite einverstanden bin.

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 dem behandelnden Zahnprothetiker und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Praxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Hiermit bestätige ich, alle obigen Angaben vollständig verstanden zu haben und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

---

Ort / Datum

Unterschrift

## Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten (Stand 1. September 2023)

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Daniel Bucher Praxis für Zahnprothetik und Dentaltechnik Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

**Verantwortlichkeiten** Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Praxis für Zahnprothetik und Dentaltechnik. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an Ihren Zahnprothetiker oder an das Praxispersonal.

**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 durch den behandelnden Zahnprothetiker im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren 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 prothetischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Behandlungskostenträger sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde.

**Dauer der Aufbewahrung** Ihre Krankengeschichte wird während 10 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

**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 in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung oder an die zuständigen Ämter (EL/IV) erfolgt zum Zweck der Behandlungs-Kostengutsprache und/oder der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung erfolgt die Weitergabe an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Zahnärzt\*in, Zahnprothetiker\*in, Zahntechniker\*in).

**Widerruf Ihrer Einwilligung** 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.

**Auskunft, Einsicht und Herausgabe** 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.

**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.