Praxis am jungen Rhein
ihr zahnarzt | vies dentist

ANMELDE- UND GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

A. Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____

Tel.(Mobile): _____ Tel.(G): _____ Tel.(P): _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei Kindern Vorname und Beruf eines Erziehungsberechtigten:

_____

Hausarzt (Name und Adresse): _____

Sind Sie berechtigt, Ergänzungsleistungen zu beziehen? ❑ Ja ❑ Nein

Neue Patienten: Empfohlen von: _____

Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS. ❑ Ja ❑ Nein

Termine, die nicht spätestens **36 Stunden** vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie um rechtzeitige Information.

Entbindung vom Berufsgeheimnis für Medizinalpersonen

In Zusammenhang mit meinen Daten, die an die Zahnärztekasse AG übermittelt werden, entbinde ich hiermit die Zahnärzte ausdrücklich von ihrem Berufsgeheimnis für Medizinalpersonen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich habe von den Informationen über die Datenverarbeitung auf Seite 3 dieses Formulars Kenntnis genommen und willige ausdrücklich ein, dass

- die auf der Rückseite erwähnten Daten zum angegebenen Zweck bearbeitet werden
- die notwendigen, auf Seite 3 erwähnten Daten an die Zahnärztekasse AG zur Bearbeitung durch diese oder Dritte übermittelt werden
- die Bonitätsdaten an Dritte übermittelt werden

Meine Entbindung vom Berufsgeheimnis für Medizinalpersonen und meine Einwilligung zur Datenbearbeitung gelten, bis ich diese widerrufe. Ich kann meinen Widerruf an die Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle (siehe Seite 3) senden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

B. Fragen zum Gesundheitszustand

Es gibt Allgemeinerkrankungen, bei denen zahnärztliche Behandlungen mit einem gewissen Risiko verbunden sind. Dieses Risiko kann jedoch auf ein Minimum reduziert werden, wenn der Zahnarzt genau über den Gesundheitszustand des Patienten informiert ist. Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, unangenehme Zwischenfälle bei der zahnärztlichen Behandlung zu vermeiden. Ihre Angaben unterstehen strikte dem Arztgeheimnis.

	ja	nein
1. Fühlen Sie sich im Moment völlig gesund?	❑	❑
2. Litten Sie jemals an einer ernsthaften Krankheit?	❑	❑
3. Suchten Sie im letzten Jahr Ihren Hausarzt oder einen anderen Arzt auf oder hatten Sie in den letzten 2 Jahren einen Spitalaufenthalt? Wenn ja, warum? _____	❑	❑
4. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche?_____	❑	❑
5. Ist Ihr Blutdruck normal?	❑	❑
6. Leiden oder litten Sie je an Herz- oder Kreislauferkrankungen?	❑	❑
7. Sind Sie blutverdünnt (antikoaguliert)?	❑	❑
8. Leiden oder litten Sie jemals an irgendeiner Blutkrankheit?	❑	❑
9. Litten Sie jemals an rheumatischem Fieber?	❑	❑
10. Leiden Sie an Zuckerkrankheit (Diabetes)?	❑	❑
11. Haben Sie jemals eine schwere Infektionskrankheit durchgemacht (Gelbsucht, Tuberkulose etc.)?	❑	❑
12. Leiden Sie an einer übertragbaren Krankheit?	❑	❑
13. Werden Sie wegen Osteoporose behandelt oder werden/wurden Sie mit Bisphosphonaten behandelt?	❑	❑
14. Hatten Sie jemals ungewöhnliche Reaktionen auf gewisse Medikamente, Nahrungsmittel oder Materialien? Wenn ja, welche: _____	❑	❑
15. Leiden Sie an Allergien, Asthma oder Heuschnupfen?	❑	❑
16. Leiden Sie an depressiven Zuständen?	❑	❑
17. Konsumieren Sie regelmässig Suchtmittel (Tabakprodukte, auch E-Zig. oder Snus, Alkohol oder Drogen)? Wenn ja, welche: _____	❑	❑
18. **Für Patientinnen:** Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	❑	❑
19. Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung?	----------	

Praxis am jungen Rhein
ihr zahnarzt | vies dentist

Datenschutzerklärung und Information über die Datenverarbeitung

Ich erlaube die Bearbeitung meiner Daten, den Zugriff auf die Daten durch die Zahnärztin oder den Zahnarzt und des Praxispersonals sowie die Weitergabe der Daten an Dritte (Kostengutsprachen, Rechnungsstellung, Inkasso und Buchführung) gemäss den Richtlinien des neuen Datenschutzgesetzes vom 1. September 2023.

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 meiner Zahnärztin/meinem Zahnarzt und mir als Patient/in durch die angegebenen Kontaktinformationen und nur auf ausdrücklichen Wunsch der Patient/in verschlüsselt. Bei Korrespondenz über den Postweg ist die Absenderadresse sichtbar.
Patienteninformationen an andere Fachstellen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich auf gesicherten Kommunikationswegen weitergegeben.

Im Rahmen der Erbringung und der Erfassung der zahnärztlichen Leistungen, deren Fakturierung und Eintreibung bearbeiten wir ihre Personendaten.

Verantwortlich für die Bearbeitung ist Dr. med. dent. Daniel Schlatter, Praxis am jungen Rhein, Zahnarztpraxis Graubünden AG

Sie können unsere verantwortliche Stelle unter den nachfolgend genannten Kontaktdaten erreichen:

Praxis am jungen Rhein, Via S. Clau sura 1, 7130 Ilanz
info@praxis-amjungenrhein.ch

Sie können jederzeit unentgeltlich Auskunft über Ihre von uns bearbeiteten Daten erhalten sowie Ihr Recht auf Berichtigung, Einschränkung, Sperrung, Datenübertragung oder Löschung Ihrer Daten geltend machen. Wenn Sie mit der Datenbearbeitung nicht einverstanden sind, können Sie dies dem Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) oder der zuständigen Aufsichtsbehörde in der EU melden.

Wir bearbeiten folgende Daten über Sie:

- Name, Vorname, Adresse, Geschlecht, Geburtsdatum, Zivilstand
- Gesundheitsdaten
- Gesetzlicher Vertreter, falls ein solcher besteht
- Bonitätsdaten
- Sozialversicherungsleistungen

Wir bearbeiten diese Daten ausschliesslich zum Zweck, unsere zahnärztlichen Leistungen zu erbringen, diese fakturieren zu lassen und bei Ausbleiben der Zahlung Inkassomassnahmen zu ermöglichen. Wir bearbeiten Ihre Daten im In- und Ausland (insbesondere bei Verwendung von Cloud-Lösungen) und stellen dabei durch geeignete Garantien sicher, dass Ihre Daten gemäss dem anwendbaren Datenschutzrecht angemessen geschützt sind. Wir bearbeiten Ihre Daten nur so lange als wir diese für die vorgenannten Zwecke benötigen oder eine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht.

Die Zahnärztekasse AG übernimmt für uns die Fakturierung und die Überwachung unserer Forderungen. Die Zahnärztekasse AG kann für die Erbringung der Inkasso-Dienstleistungen Inkassounternehmen in der Schweiz oder im Ausland beauftragen sowie Ihre Daten zu Administrationszwecken an Gruppengesellschaften weitergeben. Die Zahnärztekasse AG (inkl. Ihrer Gruppengesellschaften) und die Inkassounternehmen bearbeiten Ihre Daten im In- und Ausland, wobei durch geeignete Garantien sichergestellt wird, dass die anwendbaren gesetzlichen Anforderungen für diese Bearbeitung erfüllt werden. Weitere Informationen über die Datenbearbeitung der Zahnärztekasse AG finden Sie auf der Webseite der Zahnärztekasse AG (https://www.zakag.ch). Die Zahnärztekasse AG und die Inkassounternehmen übermitteln zudem Bonitätsdaten (u.a. Daten betreffend unbestrittene Forderungen, die nach Fälligkeit unbeglichen bleiben, Betreibungsinformation und Adressdaten), die Sie betreffen, an Auskunfteien (z.B. CRIF AG oder die Intrum AG). Diese können die Informationen zur Überprüfung Ihrer Identität und Bonität verwenden und diese Informationen an weitere Dritte übermitteln. Die Zahlungshistorie kann von den Auskunfteien (z.B. CRIF AG oder die Intrum AG) auf Basis mathematisch-statistischer Berechnungsmethoden analysiert werden, um automatisierte Entscheidungsprozesse zu ermöglichen und insbesondere einen Wahrscheinlichkeitswert (sog. Score-Wert) zur Bonität einer Person zu berechnen und diesen zu bewerten. Weitere Informationen über die Datenverarbeitung der CRIF AG bzw. der Intrum AG finden Sie auf der Webseite der CRIF AG (http://www.mycrifdata.ch/#/dsg) bzw. der Intrum AG (https://www.intrum.ch/de/konsumenten/ube-intrum/-datenschutz/).

Ihre Zahnarztpraxis

Praxis am jungen Rhein, Zahnarztpraxis Graubünden AG