

Dr. med. dent.
Alexander Ziegler
Rumpelweg 10
4612 Wangen bei Olten

ANAMNESE – FRAGEBOGEN & DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Personalien: Herr Frau

Vorname: Name:

Straße: PLZ: Ort:

E-Mail: Mobile:

Geburtsdatum: Telefon privat: Nationalität:

Arbeitgeber: Beruf:

Hausarzt:

Grund des Besuchs?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Erhalten Sie Unterstützung der Ergänzungsleistung oder der Sozialhilfe?

Ergänzungsleistungen: Ja Nein Adresse der Sozialhilfe oder Ausgleichskasse:

Sozialhilfe: Ja Nein

AHV Nummer:

Gesetzliche Vertreterin / Vertreter: Ja Nein

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ: Ort:

E-Mail: Mobile: Telefon:

Fragen zum Gesundheitszustand:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ja Nein</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/></p> | <p>Waren sie während der letzten Jahren im Spital oder in ärztlicher Behandlung?
Wenn ja, wegen welchen Krankheiten?</p> <p>Nahmen Sie in den letzten Wochen irgendwelche Medikamente regelmäßig ein?
Wenn ja, welche?.....</p> <p>Hatten Sie jemals eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen, Speisen oder Medikamente?</p> <p>Haben Sie Allergien? (Penicillin, Jod, Latex, andere)</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

		Haben oder hatten Sie jemals:
Ja	Nein	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Schwierigkeiten mit langem Bluten?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Herz - oder Kreislaufstörungen?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- zu hohen Blutdruck?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Endokarditis oder Probleme mit den Herzklappen?.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- künstliche Gelenke?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- müssen Sie antibiotisch abgeschirmt werden?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Blutkrankheiten?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Diabetes, Zuckerkrankheit?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- schweres Rheuma?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Magen- oder Darmkrankheiten?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- eine andere ernsthafte Erkrankung?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- sind Sie HIV positiv (Aids)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Welche Woche?.....
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Haben Sie eine Medikamentenliste?.....

Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung (Seite 3):

Ich bestätige hiermit die Korrektheit der von mir gemachten Angaben und ich bestätige, dass ich mit der Datenschutzerklärung auf der nächsten Seite (3) einverstanden bin.

Ich nehme damit zur Kenntnis und willige ein, dass die Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder, Fotos und zahntechnische Inhalte, deren Kopien oder Ausdrücke zwecks allenfalls notwendiger Abklärungen oder Information, mit zur Beurteilung hinzugezogenen Ärztin(en) oder Ärzte, Zahntechniker oder weiteren, der ärztlichen Schweigepflicht unterstehenden Personen wie Versicherungen usw., ausgetauscht werden und dass die für die Rechnungsstellung, das Inkasso und die Buchführung notwendigen Daten an die beteiligten Institutionen weitergeleitet werden dürfen.

Terminverschiebungen:

Terminverschiebungen oder -absagen müssen mindestens 48 Stunden vorher bei uns telefonisch gemeldet werden. Ansonsten behalten wir uns vor, nicht eingehaltene Termine in Rechnung zu stellen.

Lokalanästhesie:

Ich bin einverstanden, dass mir, falls notwendig, eine Lokalanästhesie gegeben wird (örtliche Betäubung). Ich bin darüber informiert, dass es dabei im Unterkiefer oder an der Zunge in sehr seltenen Fällen zu Irritationen kommen kann (anhaltendes Taubheitsgefühl, Kribbeln), die in aller Regel wieder verschwinden. Ich nehme zur Kenntnis, dass nach zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen unter örtlicher Betäubung bei aktiver Teilnahme am Straßenverkehr für mehrere Stunden ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Datum..... Unterschrift.....

Datenschutzerklärung

Im Zusammenhang mit der Erbringung von Dienstleistungen für Patienten (Patientin/Patient) kann die Praxis unter jederzeitiger Beachtung geltender Datenschutznormen Personendaten selbst erheben, von Dritten beschaffen, speichern, bearbeiten und an Dritte weitergeben.

Wenn gesetzlich erlaubt, oder überwiegende Interessen seitens der Praxis bestehen, oder eine Kundeneinwilligung vorliegt, kann die Praxis die erhobenen Personendaten für folgende Zwecke bearbeiten oder erheben:

- a) zur Überprüfung von Voraussetzungen für einen Vertragsabschluss;
- b) zur Erfüllung von vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Patienten. Patientendaten für Behandlungsvertrag und zur gesetzlichen Dokumentation in einer Papier- bzw. elektronischen Patientenakte sowie für Abrechnung mit Sozialversicherern und Privaten (ggf. durch Abrechnungsdienstleister) und Erstellung von Zahnersatz (ggf. durch Fremdlabor);
- c) zur Pflege, Entwicklung und Erhaltung der Patientenbeziehung;
- d) um Dienste zu individualisieren oder personalisierte Inhalte bereitzustellen z.B. mittels Untersuchung hinsichtlich der Demographie, des Nutzungsverhaltens und der Nutzerinteressen;
- e) zur Adressvalidierung;
- f) zur Verhinderung einer unrechtmäßigen Benutzung von Dienstleistungen (insbesondere zur Verhinderung von Betrugsfällen beim Vertragsschluss und während der Dauer des Vertrags);
- g) zur Rechnungsstellung, zu Inkassozwecken und für Bonitäts- und Kreditwürdigkeitsprüfungen;
- h) zur Bewerbung, Gestaltung und Weiterentwicklung von Praxis-Produkten;

Die Praxis darf Dritte im In- und Ausland zur Datenbearbeitung beiziehen. Beziehen die Patienten bei der Praxis Dienstleistungen Dritter, darf die Praxis dem Dritten diejenigen Kundendaten zur Bearbeitung weitergeben, die dieser zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten benötigt.

Wenn gesetzlich erlaubt, oder überwiegende Interessen seitens der Praxis bestehen, oder eine Kundeneinwilligung vorliegt, kann die Praxis auch folgende Daten erheben und bearbeiten:

- a) Daten der Besucher der praxiseigenen Internetseite
- b) Sonstige Personendaten zu Geschäfts- und Behördenkontakten der Praxis
- c) Personaldaten für Arbeitsverhältnisse und Lohnbuchhaltung (ggf. durch Lohnbüro)

Verantwortlich:

Dr. med. dent. Alexander Ziegler

28.8.2023

