



Personalien

Name	Vorname					
Gesetzl. Vertreter	Geburtsdatum					
Strasse / Nr.						
PLZ	Wohnort					
Beruf	Arbeitgeber					
Tel. P.	Tel. G.					
Mobile	E-Mail					
Empfohlen / überwiesen von						
Grund der Konsultation						
Hausarzt / behandelnder Arzt						
Vorheriger Zahnarzt						
Krankenversicherung						
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?						
<input type="checkbox"/> Empfehlung	<input type="checkbox"/> Google-Werbung	<input type="checkbox"/> Website	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Online-Suche	ja	nein
Haben Sie eine Zahnversicherung?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beziehen Sie Ergänzungsleistung oder werden Sie vom Sozialamt unterstützt?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anamnese

	ja	nein
Fühlen Sie sich zurzeit krank?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie während der letzten Monate im Spital oder in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie zurzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Herz-Kreislauf-Krankheiten

Leiden Sie unter zu hohen / zu tiefen Blutdruck? (Zutreffendes unterstreichen)

Herzbeschwerden (Herzinfarkt, Angina pectoris)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinnenhautentzündung (Endokarditis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Bluterkrankungen		
Bluten Sie lange bei Verletzungen (Gerinnungsstörung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Reaktionen		
Bestehen Überempfindlichkeitsreaktionen auf Spritzen, Medikamente (z.B. Antibiotika, Lokalanästhetika, Schmerzmittel) oder auf Staub, Pollen, Esswaren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, auf welche Stoffe? _____		
Andere Erkrankungen		
Zuckerkrankheit / Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorbehandlungen mit Medikamenten oder Bestrahlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Krampfanfälle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion / AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis-Infektion / Gelbsucht (A, B etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____		
Besitzen Sie einen Gesundheitsausweis? (Quick-Wert, Allergie-Pass etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie? Wie viel? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientinnen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Fragen

	ja	nein
Haben Sie Schmerzen an den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• am Zahnfleisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Kiefer- oder Ohrbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie je ungewöhnliche Reaktionen auf zahnärztliche Spritzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schleimhautproblemen wie Mundtrockenheit etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knirschen oder pressen Sie mit den Zähnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann waren Sie das letzte Mal in zahnärztlicher Behandlung? _____		
Wurden in den letzten zwei Jahren anlässlich eines Zahnarztbesuches Röntgenbilder angefertigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie schon von einer Dentalhygienikerin behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich bis auf Widerruf mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss der Patienteninformation / Datenschutzgesetz einverstanden bin.
- Ich habe die Patienteninformation / Datenschutzgesetz auf der Rückseite gelesen und bin mit dem Inhalt einverstanden.
- Der gesetzliche Vertreter bei minderjährigen Patienten bestätigt hiermit, dass er mit der Anfertigung von Röntgenbildern im Bedarfsfall einverstanden ist.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten - Neues Datenschutzgesetz

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Praxis (nachfolgend Praxis) 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. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

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 die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und 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 medizinischen 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, Therapievorschlüsse und Befunde.

Dauer der Aufbewahrung

Ihre Krankengeschichte wird während 10 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt.

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 Ihre Krankenversicherung bzw. an die 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.
- Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).
- 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 berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

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.

Stand 1. September 2023

Zahnmedizin Luzern AG

Zahnarztpraxis Hitzkirch

Luzernerstrasse 10

6285 Hitzkirch

+41 41 917 12 42

info@zahnarzt-hitzkirch.ch