



Patientenformular mit datenschutzrechtlicher Einwilligungserklärung

Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden streng vertraulich behandelt.

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ, Ort:
Geb. Datum:	Beruf:
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
E-Mail:	
Krankenkasse:	AHV-Nr.:
Hausarzt:	Empfohlen durch:
Bei Kindern, gesetzlicher Vertreter:	

Medizinisches

Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? ja nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche:

Hatten Sie jemals oder haben Sie:

Asthma, Heuschnupfen oder andere Allergien? ja nein
Ungewöhnliche Reaktionen auf Spritzen, Medikamente, Speisen? ja nein
Schwierigkeiten mit langem Bluten (Blutgerinnungsstörungen)? ja nein
Herz- oder Kreislaufbeschwerden? ja nein
Zu hohen/zu tiefen Blutdruck (nichtzutreffendes streichen)? ja nein
Einen Herzschrittmacher? ja nein
Andere ernsthafte Erkrankung, z.B. AIDS, Tuberkulose? ja nein
Hepatitis (Gelbsucht)? ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)? ja nein
Epilepsie (Fallsucht)? ja nein
Rheuma, Arthritis, Gelenkschwellungen? ja nein
Leber- oder Nierenerkrankungen? ja nein
Augenkrankheiten (Glaukom)? ja nein
Magen- oder Darmerkrankungen? ja nein
Einen HIV-positiven Test? ja nein
Für Frauen: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ja nein

Wollen Sie regelmässig für einen Dentalhygiene-Termin aufgeboten werden? ja nein

Wir bitten Sie uns zu verständigen, wenn sich Ihre Angaben zum Fragebogen ändern.

Das Datenschutzgesetz sieht vor, dass die Bearbeitung von Gesundheitsdaten grundsätzlich die ausdrückliche Einwilligung der Patientinnen/Patienten voraussetzt. Um diese gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen, sind Sie gehalten, die nachfolgende Einwilligung mittels Unterschrift zu bestätigen.

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, dem Zugriff auf diese Daten durch die Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Massimiliano Sisera sowie der Weitergabe dieser Daten an Dritte wie Labor, weitere Ärztinnen/Ärzte, Apotheken, Versicherer und Buchhaltung 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 meiner Zahnärztin / meinem Zahnarzt und mir als Patientin / Patient durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Das gilt auch für den Datenaustausch innerhalb der Praxis und für Stellvertretungen.

Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen sowie allfällig weiteren mündlichen Erklärungen, willige ich mit meiner Unterschrift ein, dass meine Personendaten datenschutzkonform verarbeitet und übermittelt werden dürfen. Überdies nehme ich zur Kenntnis, dass meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum verarbeiteten Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf hat zwingend schriftlich zu erfolgen. Zudem führt mein Löschantrag grundsätzlich nicht zur Löschung, da die zuständige Gesundheitsfachperson bzw. Praxis gesetzlich verpflichtet sind, meine Daten aufzubewahren. Daher führt der Löschantrag nur im begründeten Ausnahmefall bei einer bestätigten Aufhebung zur Löschung meiner Daten bei meiner behandelnden Gesundheitsfachperson bzw. Praxis. Gleichzeitig entbinde ich meine behandelnde Gesundheitsfachperson hiermit in diesem Fall von der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht.

Datum:

Unterschrift:
