

Bitte füllen Sie dieses Formular sorgfältig aus. Es ist außerdem wichtig, dass Sie Ihren Behandler bei jedem Besuch über Änderungen Ihres Gesundheitszustandes informieren.

### SCHUTZ VON PERSÖNLICHEN UND MEDIZINI- SCHEN DATEN

- Die Zahnarztpraxis Dr. Stupar, Dr. Asendorf & Partner übergeben die durch dieses Formular bereitgestellte Angaben in Ihre elektronische Patientenakte und vernichten dieses Papierformular sofort danach. Unsere IT-Systeme sind gesichert und ausschließlich in der Schweiz gehostet.
- Nur autorisiertes Personal kann in unseren Systemen auf Ihre Patientenakte zugreifen; der Zugriff auf die Patientendaten wird von uns kontrolliert, um die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen und medizinischen Daten zu gewährleisten.
- Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Zur Befunderhebung oder notwendigen Information dürfen Angaben und Dokumente (Röntgenbilder, Fotos u.s.w.) höchstens mit Ihrem Arzt oder einer anderen Person, die ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, ausgetauscht werden.
- Nur strikt notwendige Informationen (administrative Daten und ausgeführte Behandlungen) werden mit interessierten Dritten (Krankenkassen, Versicherern...) ausgetauscht, um die Abrechnung und Erhebung unserer Dienstleistungen als Teil Ihrer Behandlung sicherzustellen.
- Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen müssen wir Ihre zahnärztlichen Aufzeichnungen und Abrechnungsdaten 10 Jahre lang nach der Behandlung aufbewahren.

Bitte beachten Sie, dass im Falle einer verpassten oder kurzfristig (weniger als 24 Stunden zuvor) abgesagten Termins eine Stornierungsgebühr berechnet wird.

### IHRE KONTAKT- DATEN

Frau       Herr       Kind

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Mobil-Tel. \_\_\_\_\_ Tel- privat \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Tel. Arbeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber und Arbeitsort \_\_\_\_\_

Vor- und -Nachname des gesetzlichen Vertreters \_\_\_\_\_

Hausarzt /  
Allgemeinmediziner /  
Kinderarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Behandelnder  
Zahnarzt

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

### RECHNUNGS- ANGABEN

Bezahlen Sie die anfallenden Kosten selbst?  Ja  Nein

Falls nein, bitte folgende Felder ausfüllen:

Ergänzungsleistungen (EL/ED)

Erwachsenenschutzdienst (ESD)

Regionaler Sozialdienst

Beistand

Kinder- / Jugendschutzamt

Einrichtung für Asyl und Flüchtlingswesen

Private Einrichtungen (Caritas, Pro Infirmis, ...)

Sonstiges \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ort, Dossiernummer und Kontaktinformationen des Ansprechpartners bei der jeweiligen Stelle an:

Nur bei Unfall ausfüllen

Name der Versicherungsgesellschaft \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

### ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Weshalb suchen Sie einen Zahnarzt / Dentalhygieniker auf?

Kontrolle - Zahnreinigung

Schmerzen

Unfall

Zweite Meinung

Ästhetik

Sonstige Gründe \_\_\_\_\_

Wie haben Sie von uns erfahren?

Empfehlung \_\_\_\_\_

Internet-Suche

Facebook / Instagram

Nähe zum Arbeitsplatz

im Vorbeigehen

Werbung in der Zeitung

Sonstiges \_\_\_\_\_



# Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand

## HABEN SIE IN DER VERGANGENHEIT AN EINEM DER FOLGENDEN PROBLEME GELITTEN ODER LEIDEN SIE DERZEIT DARAN?

01. Allergische Reaktionen (Narkose, Antibiotika, sonstige Arzneimittel, Jod, Latex, usw.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, in Bezug auf welches Mittel/Material? \_\_\_\_\_
02. Probleme am Herzen (Endokarditis, Kardiopathie, Herzklappenfehler, Herztransplantation, Träger künstlicher Herzklappe, Herzschrittmacher, usw.)? Wenn ja, welche(s)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
03. Blutgerinnungsstörungen (verlängerte Blutungsdauer)?  Ja  Nein  
INR-Wert, falls verfügbar \_\_\_\_\_
04. Bluthochdruck? Arterieller Blutdruck, falls verfügbar \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Ja  Nein
05. Osteoporose (Knochenschwund)? Nehmen Sie Medikamente zur Kräftigung der Knochen ein, insbesondere solche auf Basis von Biophosphaten (Bonviva, Didronel, Actonel, Aclasta, usw.)? Wenn ja, welche(s)? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
06. Beschwerden des Nervensystems (Depression, Nervosität, Epilepsie, usw.)?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
07. Asthma?  Ja  Nein
08. Diabetes?  Ja  Nein
09. Magenbeschwerden (Magengeschwür, usw.)?  Ja  Nein
10. Nierenbeschwerden (Nierensteine, Harnwegsinfektion, usw.)?  Ja  Nein
11. Arthrose, Arthritis?  Ja  Nein
12. Schilddrüsenerkrankung?  Ja  Nein
13. Ansteckende Krankheiten (HIV, Hepatitis, usw.)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein
14. Zähneknirschen?  Ja  Nein
15. Sonstiges Problem oder Erkrankung? Wenn ja, welche/s? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

## WEITERE ANGABEN

16. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_ / Tag  Ja  Nein
17. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren operiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_
18. Benötigen Sie vor Zahnbehandlungen eine Antibiotika-Prophylaxe?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
19. Wurden Sie in der Vergangenheit oder werden Sie derzeit einer Strahlen- oder Chemotherapie unterzogen?  Ja  Nein  
Wenn ja, welcher? / Wann? \_\_\_\_\_
20. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? (Aspirin Cardio, Marcoumar, Sintrom, Plavix, Xarelto, usw.)  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
21. Nehmen Sie sonstige Arzneimittel?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
22. Werden Sie regelmäßig von einem Facharzt betreut? Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_  Ja  Nein  
Name des Arztes: \_\_\_\_\_

## FÜR FRAUEN

23. Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welcher Woche / welchem Monat sind Sie? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Ich stimme zu, dass meine persönlichen und medizinischen Daten verarbeitet und ich im Rahmen meiner Behandlung per Telefon, E-Mail, Post oder SMS kontaktiert werden darf. Ich bestätige, dass die bereitgestellten Angaben vollständig und korrekt sind. Diese Zustimmung ist wichtig, damit wir Sie behandeln können.

Ich verpflichte mich, dem behandelnden Zahnarzt/-ärztin oder Dentalhygieniker/-in stets von jeder Änderung bezüglich meines Gesundheitszustands (Erkrankungen, Medikamente u.s.w.) in Kenntnis zu setzen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Dentalhygieniker/in: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

Unterschrift Zahnarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_