

Anamnese

Name des Kindes: _____

Bitte lesen Sie alle Fragen und kreuzen Sie sie an. Alle Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis.
Sind bei Ihrem Kind folgende Krankheiten/Symptome aufgetreten? (Gegebenenfalls bitte **einkreisen**)

	Ja	Nein
1. Wurden Tetanus und alle anderen Kinderimpfungen gemacht?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Herzfehler, Herzgeräusch, Herzerkrankung? <input type="checkbox"/> Herzpass seit:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asthma, Lungenerkrankungen, Schwierigkeiten mit der Atmung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Autismus?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lernschwäche oder Sprachprobleme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Geistige Behinderung oder geistige Verzögerung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leber- oder Nierenerkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hatte Ihr Kind schon jemals epileptische Anfälle oder Fieberkrämpfe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spastik oder veränderter Muskeltonus?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hörprobleme oder Taubheit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sehschwäche oder Blindheit?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis, Tuberkulose, HIV?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Stoffwechselkrankheiten oder Diabetes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tumore oder bösartige Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blutkrankheiten? Blutet ihr Kind länger als üblich?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Leidet Ihr Kind unter anderen Krankheiten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hat Ihr Kind Allergien? Wie äussern sich diese?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein?..... Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Musste Ihr Kind in den letzten Wochen Medikamente zu sich nehmen? Welche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gibt oder gab es in Ihrer Familie einschneidende Veränderungen wie Todesfall, Scheidung, Geburt eines Geschwisterchens oder Ähnliches?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zahnmedizinische Anamnese

- 1. Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall im Mund- oder Gesichtsbereich?.....
- 2. War Ihr Kind schon einmal bei einem Zahnarzt?.....
- 3. Hatte Ihr Kind bereits einmal eine Zahnsanierung in Vollnarkose?.....

Ernährungsgewohnheiten und Habits

- 1. Bis zu welchem Alter wurde Ihr Kind gestillt/mit der Flasche ernährt?.....
- 2. Wer putzt Ihrem Kind die Zähne? Wie oft?.....
- 3. Was isst/trinkt Ihr Kind zwischendurch (neben Hauptmahlzeiten).....
- 4. Hat/hatte Ihr Kind besondere Gewohnheiten wie Nuggi, Fingerlutschen,
Bleistiftkauen, Lippenbeissen, Fingernägelkauen? (bitte zutreffendes unterstreichen)

Mein(e) Arzt / Ärztin ist ermächtigt, Daten oder Befunde aus der Krankengeschichte meines Kindes gegenüber anderen Medizinalpersonen und Versicherungen mitzuteilen oder anzufordern. Diese Personen unterstehen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum:

Unterschrift:

Patientenanmeldung

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Geschlecht: m w

Gesetzlicher Vertreter:

Name:..... Vorname:.....

Adresse:..... PLZ/Ort:.....

Nationalität:..... Niederlassungsstatus: C B F/Asyl

Tel. P:..... Mobile:..... E-Mail:.....

Ich wünsche den Recall (Aufgebot) per Post (+ Fr. 1.50.-) per sms

Ich wünsche die Rechnung / KV per Post (+ Fr. 1.50.-) per E-Mail

Kostenträger:

Selbstzahler Sozialamt Asylorganisation (N-Nr.:.....)

Kontaktperson:..... Tel.:.....

Ergänzungsleistung AHV/IV

Kinderarzt / Hausarzt:

Name:..... Tel.:..... Adresse/Ort:.....

Krankenkasse:

Name:..... Mitglieder-Nr.:..... Zahnzusatzversicherung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Zahnarztpraxis sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite 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 Zahnarztpraxis und mir als Patient/in sowie gesetzlichen Vertretern durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Zahnarztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen und Rechnungen/Kostenschätzungen unverschlüsselt per E-Mail-Kommunikation oder Briefpost erfolgen.

Datum:

Unterschrift:

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Praxis für Kinder- und Jugendzahnmedizin (nachfolgend Zahnarztpraxis) 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 Zahnarztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal/Ihre ZahnärztIn.

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 behandelnde ZahnärztIn im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren 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 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

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.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere ZahnärztInnen).

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.

Terminabsagen Termine, die nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden. Wir bitten Sie daher um rechtzeitige Information (telefonisch oder via E-Mail).