



ANAMNESE-FRAGEBOGEN

BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN

Pat.Nr.: _____

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: / Geschlecht: weiblich männlich

Gesetzl. Vertreter: _____ Geburtsdatum: /

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____ Tel. Mobile: _____

Wenn Sie **keine** Terminerinnerung per SMS wünschen, kreuzen Sie bitte diese Box an. Staatszugehörigkeit: _____

E-Mail: _____ Beruf / Titel: _____

Arbeitgeber (Name / Adresse): _____

Falls AHV / IV oder Sozialamt die Behandlung übernimmt: Name / Adresse: _____

Name / Adresse Ihres Hausarztes / Zahnarztes: _____

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, bei welcher Versicherung? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung durch: Arzt Zahnarzt Name: _____

Verwandte / Freunde / Bekannte Website Inserat, wo: _____ Presse, welche: _____

Zahnmedizin Zürich Nord / Prophyaxe Zentrum Zürich möchte Ihnen von Zeit zu Zeit per E-Mail Angebote und Informationen senden, welche für Sie von Interesse sein könnten. Falls Sie von dieser Dienstleistung **keinen** Gebrauch machen möchten, kreuzen Sie bitte die vorstehende Box an. Sie können Ihre Einwilligung auch später jederzeit widerrufen.

Gesundheitsfragen

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Informationen über Ihren Gesundheitszustand und ermöglichen uns, die Behandlung individuell auf Sie anzupassen.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Grund der Konsultation: _____

Besuchen Sie uns aufgrund eines Unfalls? Wenn ja, Unfalldatum: _____ J N

Spezieller Wunsch: _____

Sind / waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? J N
Wenn ja, weswegen? _____

Hatten Sie in den letzten 5 Jahren einen Spitalaufenthalt oder Unfall? J N
Wenn ja, Grund / Art der Verletzung? _____

Haben Sie einen ärztlichen Ausweis / Pass (z.B. wegen antibiotischer Abschirmung, Blutverdünnung, Herzschrittmacher, Gelenkersatz und/oder Organtransplantation)? J N

Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? J N

Sind Sie HIV-positiv oder an AIDS erkrankt? J N

Bitte wenden ➔

Herzerkrankungen:

- Endokarditis (Herzinnenhautentzündung) J N
- Herzklappenfehler / künstliche Herzklappen J N
- Angina pectoris J N
- Herzinfarkt J N
- Zu hoher / zu tiefer Blutdruck J N
- Herzschrittmacher J N

Bluterkrankungen:

- Blutarmut J N
- Bluten Sie lange bei Verletzungen? Liegt J N
- Hämophilie (Blutungsneigung) vor? J N
- Sind Sie antikoaguliert (Blutverdünnung)? J N
- Bekommen Sie leicht blaue Flecken? J N

- Leiden Sie an Kreislaufstörungen, wie z.B. Ohnmachtsanfällen? J N
- Haben Sie Diabetes? J N
- Leiden Sie unter saurem Aufstossen, Sodbrennen und/oder häufigem Erbrechen? J N
- Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche? _____ J N
- Reagieren Sie überempfindlich auf Spritzen? J N
- Leiden Sie an Atemproblemen (Asthma, Bronchitis und/oder Heuschnupfen)? J N
- Leiden Sie unter Verspannungen / Schmerzen im Kopf- und/oder Halsbereich? J N
- Hatten Sie jemals Rheuma, Osteoporose, Gelenkprobleme und/oder Organtransplantationen? J N
- Haben Sie künstliche Gelenke (Hüfte, Knie)? J N
- Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? J N
- Wenn ja, welche? _____

- Sind Sie mit dem Zustand / Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? J N
- Wenn nein, was stört Sie? _____
- Hatten Sie jemals Probleme bei früheren zahnärztlichen Behandlungen? J N
- Wenn ja, welche? _____
- Hatten Sie jemals einen ernsthaften Unfall im Kiefer- und/oder Gesichtsbereich? J N
- Wurden Sie jemals im Bereich von Mund und/oder Lippen operiert oder bestrahlt? J N

- Rauchen Sie? Wie viel? _____ J N
- Trinken Sie regelmässig Alkohol? J N
- Konsumieren Sie Drogen? J N
- Wenn ja, welche? _____
- Leiden Sie an Epilepsie? J N
- Haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen? J N
- Nehmen Sie die „Pille“ (orales Antikonzeptivum)? J N
- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? J N
- Welche Woche? _____

Wir bitten Sie, Terminverschiebungen mindestens 24h vorher mitzuteilen. Ansonsten behalten wir uns vor, den nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen. Im Übrigen verweisen wir auf unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen, welche unter www.swiss-smile.com abrufbar sind und auf das Vertragsverhältnis zwischen Ihnen und uns Anwendung finden.

Die in diesem Anamnesefragebogen erfragten persönlichen Daten sowie die anlässlich der medizinischen Behandlung erhobenen persönlichen Daten (Krankheitsverlauf, Gesundheitsdaten, Röntgen- und andere Bilder, Fotos, Behandlungsoptionen, durchgeführte Behandlungen, medizinische Aufklärungen, etc.) werden für Zwecke der medizinischen Behandlung, der Rechnungsstellung, der Bonitätsprüfung sowie des Inkassos verwendet. Ausserdem können die vorgenannten Daten verwendet werden, um Ihnen Werbung für unsere Dienstleistungen und Angebote zukommen zu lassen, sofern oben nicht als unerwünscht angekreuzt. Diese persönlichen Daten werden in einem Patientenmanagementsystem gemäss den Vorschriften des kantonalen Gesundheitsgesetzes während der gesetzlichen Frist gespeichert und aufbewahrt.

Sofern es für die medizinische Behandlung notwendig ist, dürfen Informationen sowie Dokumente zu früheren (zahn-)medizinischen Behandlungen bei Ihrem bisherigen (Zahn-)Ärzten eingeholt werden. Insofern entbinden Sie uns sowie den angefragten (Zahn-)Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Verantwortliche in Bezug auf die erhobenen Daten ist die Zahnmedizinisches Zentrum Zürich Nord AG/Prophylaxe Zentrum Zürich AG, Herzogenmühlestrasse 14, 8051 Zürich. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahnmedizinisches Zentrum Zürich Nord AG/Prophylaxe Zentrum Zürich AG können für die oben genannten Zwecke Einsicht in diese Daten nehmen und diese bearbeiten. Die Zahnmedizinisches Zentrum Zürich Nord AG/Prophylaxe Zentrum Zürich AG ist Teil der swiss smile Gruppe und die persönlichen Daten werden durch die swiss smile Schweiz AG, Bahnhofstrasse 110, 8001 Zürich, zentral verwaltet. Darüber hinaus können die Daten an folgende Dritte bekannt gegeben werden und Sie entbinden uns insofern von der ärztlichen Schweigepflicht:

- An zahntechnische und andere Labors, sofern dies für die medizinische Behandlung erforderlich sein sollte;
- An andere Gesellschaften der swiss smile Gruppe und/oder an externe Dienstleistungsunternehmen, die uns im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung, der Bonitätsprüfung und dem Inkasso im In- und Ausland unterstützen; Ihre persönlichen Daten sowie Ihre Bonitätsdaten werden zudem zwecks Bonitätskontrolle und Führung entsprechender Datenbanken an spezialisierte Dienstleistungsunternehmen weitergegeben; unsere Bonitätsprüfung erfolgt gestützt auf automatische Prozesse und hat Auswirkungen auf die zur Verfügung stehenden Zahlungsarten;
- An andere Gesellschaften und Kliniken der swiss smile Gruppe und deren zahnmedizinisches und administratives Personal, sofern dies für die zahnmedizinische Behandlung, insbesondere an einem anderen Standort der swiss smile Gruppe, notwendig ist;
- An Kranken-, Unfall- und andere Versicherungen sowie Behörden oder staatliche Institutionen, sofern dies für die medizinische Behandlung oder Abrechnung bzw. Rechnungsstellung notwendig sein sollte;
- An externe Dienstleister im IT-Bereich, die unsere Soft- und Hardware betreuen.

Sofern persönliche Daten an einen Dritten bekanntgegeben werden, werden jeweils nur jene Daten bekannt gegeben, welche für die Erreichung des entsprechenden Zwecks notwendig sind.

Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre gespeicherten und verarbeiteten persönlichen Daten zu erhalten sowie deren Berichtigung und – sofern gesetzlich vorgesehen – Löschung zu verlangen. Sollten Sie Fragen zum Thema Datenschutz haben, wenden Sie sich bitte an datenschutz@swiss-smile.com.

Ich bestätige hiermit die Korrektheit der von mir gemachten Angaben und dass ich mit der Bearbeitung meiner Personendaten, wie oben beschrieben, einverstanden bin.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____