

Persönliche Daten f m E-Mail: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Name: _____ Beruf: _____

Adresse: _____ Arbeitgeber: _____

PLZ, Ort: _____ Hausarzt: _____

Geburtsdatum: _____ Vorh. Zahnarzt: _____

Versicherungen Krankenkasse (Grundvers.): _____ AHV-Nr.: 756. _____

Unfallvers.: Beruflich Krankenkasse

Zahnvers.: Nein Ja, _____ (Rückerstattungsantrag durch Patienten)

Unterstützungen Amt für Sozialhilfe (USSI) Amt für Asylsuchende und Flüchtlinge (URAR)

Ergänzungsleistung AHV/IV (IAS)  Ausweis angeben: N F B

Anderes Amt (z.B. Gemeinde / Stiftung): _____

Gesetzliche Vertretung (falls vorhanden) Elternteil Beistand

Vorname, Name: _____ E-Mail: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Erhält: Rechnungen / KV gesamte Korrespondenz (z. B. Terminerinnerungen)

Grund des Besuchs: Zahnarztwechsel nur Notfall / Zweitmeinung sonstiges: _____

Auf Empfehlung von: Bekannte anderer Zahnarzt / DH Internet / eigene Recherche

Dentalhygiene: bei STUDIO LUNGHI ich habe eine externe DH: _____

Gesundheitsfragebogen

1. Waren Sie kürzlich **krank**, in medizinischer Behandlung oder im Krankenhaus? JA NEIN
Wenn ja, welche Erkrankung(en)? _____
2. Nehmen Sie regelmässig **Medikamente** oder **Drogen**? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
3. **Rauchen** Sie / haben Sie geraucht oder benutzen Sie andere Tabakformen? JA NEIN
Wenn ja, was und wie viel? _____

4. Leiden oder litten Sie an folgenden Beschwerden: JA NEIN
- Allergien/Überempfindlichkeiten** (bitte unterstreichen und/oder angeben):
Pollen – Latex – Metalle – Jod – Nahrungsmittel – Anästhesie – Medikamente
Sonstiges: _____
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen** (bitte unterstreichen und/oder angeben):
Hoher Blutdruck – Niedriger Blutdruck – Angina pectoris – Herzinfarkt – Schlaganfall –
Herzfehler/künstliche Herzklappe – Herzrhythmusstörungen – Endokarditis
Sonstiges: _____
 - Bluterkrankungen** (bitte unterstreichen und/oder angeben):
Hämophilie – Anämie – Sonstiges: _____
 - Stoffwechselerkrankungen** (bitte unterstreichen und/oder angeben):
Diabetes – Hypothyreose – Hyperthyreose – Sonstiges: _____
 - Infektionskrankheiten** (bitte unterstreichen und/oder angeben):
HIV – Hepatitis – Tuberkulose – Sonstiges: _____
 - Leber- oder Nierenerkrankungen** (genau angeben): _____
 - Magen- oder Darmerkrankungen** (genau angeben): _____
 - Essstörungen** (genau angeben): _____
 - Atemwegs- oder Lungenerkrankungen** (genau angeben): _____
 - Rheumatische oder Knochen-Erkrankungen** (genau angeben): _____
 - Sinusitis, Gesichts- oder chronische Kopfschmerzen** (genau angeben): _____
 - Epilepsie** oder andere **neurologische Störungen** (genau angeben): _____
 - Depression** oder andere **psychische Erkrankungen** (genau angeben): _____
 - Sonstiges** (genau angeben): _____
-
5. Hatten Sie bereits **Operationen** oder **chirurgische Eingriffe**? JA NEIN
Wenn ja, welche? _____
-
6. Hatten Sie bereits **Chemotherapie** oder **Strahlentherapie**? JA NEIN
Wenn ja, wann und warum? _____
-
7. Haben Sie einen **Herzschrittmacher**, **Gelenkprothesen** oder **Transplantate**? JA NEIN
Wenn ja, wo und seit wann? _____
-
8. *Wenn Frau:* Sind Sie **schwanger**? JA NEIN
Wenn ja, in welchem Monat? _____
-
9. Hatten Sie schon **Zahnunfälle**? JA NEIN
Wenn ja, wann? _____
-
10. Waren Sie schon in **kieferorthopädischer Behandlung** (Zahnspange)? JA NEIN
Wenn ja, wann und bei wem? _____
-
11. Tragen Sie eines der folgenden **abnehmbaren Zahngeräte**? JA NEIN
 Knirschiene Sportschiene Sontiges: _____
-
12. **Gefällt Ihnen Ihr Lächeln?** JA NEIN
Wenn nein, was würden Sie ändern? Stellung Farbe Sonstiges: _____

Patientenerklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich bis auf Widerruf der Verarbeitung meiner Daten, dem Zugriff durch den Zahnarzt / die Zahnärztin und der Weitergabe an Dritte gemäss dem Informationsdokument für Patienten und dem Datenschutzgesetz zustimme.

Ich habe das Dokument *Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten - Neues Datenschutzgesetz (DSG)* (Stand: 01.01.2025) gelesen und akzeptiere dessen Inhalt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten - Neues Datenschutzgesetz (DSG)

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Zahnarztpraxis von Dr. med. dent. Nancy Lunghi – STUDIO LUNGHI (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 ist die Praxis. Bei Fragen zum Datenschutz, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Zahnärztin/Ihren Zahnarzt.

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 Zahnärztin/Zahnarzt 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 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. Ihre Daten werden in den Praxissoftwares Denteo (Patientenverwaltung) sowie 3Shape und Cliniview (Bildverarbeitung) gespeichert. Diese Systeme sind so konfiguriert, dass Ihre Daten geschützt sind. Zugriff erhalten ausschliesslich das behandelnde Fachpersonal und das Verwaltungsteam der Praxis. Andere Zahnärztinnen und Zahnärzte des Teams dürfen nur im Vertretungsfall oder zur Weitergabe gewünschter Informationen auf Ihre Daten zugreifen. Zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zur dezentralen Betreuung werden Ihre Daten in einer Cloud (Denteo und Swisscom) gespeichert. Diese kann sich auf Servern im Ausland befinden. Die Anbieter garantieren ein hohes Sicherheitsniveau und Datenverschlüsselung.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Frist wird sie entweder mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung weiter archiviert oder sicher gelöscht/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, soziale Dienste 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 berechtigte Empfänger (z.B. andere Gesundheitsfachpersonen).
- Getätigte Aufnahmen von Röntgenbildern, intraoralen Fotos und Videos sowie Intraoralscans können für Fallplanungen (inkl. externe Anbieter) verwendet werden.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassounternehmen erfolgt zwecks Einziehens von säumigen Geldforderungen.

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.

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. Januar 2025