



Klinik: \_\_\_\_\_

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

## Patientenangaben

Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> Vater/Mutter <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter/Beistand
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum: Tag:      Monat:      Jahr:	
Beruf:	Beruf:
Strasse:	Strasse:
PLZ:	PLZ:
Wohnort:	Wohnort:
Telefon Privat:	Telefon:
Telefon Geschäft:	Krankenkasse/Ort:
Mobiltelefon:	Versicherungsnummer:
E-Mail:	Kostenträger:
Name und Adresse Ihres Zahnarztes:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung zur AHV/IV
	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> Sozialamt
	<input type="checkbox"/> UVG/IV/MV <input type="checkbox"/> Asylbewerber
Name und Adresse Ihres Hausarztes:	<input type="checkbox"/> Andere: _____

**Kontaktperson mit Telefonnummer für Notfälle:** \_\_\_\_\_

**Überwiesen von:** \_\_\_\_\_

**Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Falls ja, bei wem:** \_\_\_\_\_

## Hauptbeschwerden:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Hauptgrund für eine Behandlung/Beratung bei uns: \_\_\_\_\_

## Verwendung von Patientendaten in Forschung und Lehre bzw. in Publikationen

• Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder, Fotos, Gipsmodelle, Befunde und gesundheitsbezogenen Daten sowie allfällig im Verlauf der notwendigen zahnärztlichen Behandlung gezogenen Zähne und/oder entnommene Proben für Lehrzwecke (Aus- und Weiterbildung im Bereich der Zahnmedizin) verwendet werden dürfen sowie für Publikationen, Lehrmittel und Forschung, sofern meine personenbezogenen Daten für Letztere **anonymisiert** sind oder **verschlüsselt** werden.

– Im Falle einer **verschlüsselten Weiterverwendung** wird der Schlüssel gemäss den gesetzlichen Vorgaben der Humanforschungsverordnung verwaltet, indem der Schlüssel von einem Mitarbeiter, welcher nicht am Forschungsprojekt beteiligt ist, getrennt von Daten und Proben, geschützt aufbewahrt wird. Eine Re-Identifikation ist nur in definierten Ausnahmefällen erlaubt.

Sie haben das Recht, über gesundheitsrelevante Resultate informiert zu werden, oder auch darauf zu verzichten. Ihr Einverständnis können Sie jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen. Im Falle einer anonymisierten Weiterverwendung können die Daten und Proben nicht mehr einer Person zugeordnet werden, d.h. allfällige Erkenntnisse betreffend Ihrer Gesundheit können Ihnen nicht mehr mitgeteilt werden. Auch das Widerrufsrecht entfällt, da keine Rückschlüsse auf die Person mehr möglich sind.

– Der Umgang mit gesundheitsbezogenen Patientendaten und Proben beschränkt sich auf Personen, welche diese Daten und Proben zur Erfüllung ihrer Aufgabe benötigen. Falls diese Personen verschlüsselte oder anonymisierte Daten und Proben zu Forschungszwecken weiterverwenden oder an Dritte weitergeben (z.B. im Rahmen einer Forschungszusammenarbeit mit anderen Universitätsinstituten), gelten diesbezüglich das Humanforschungsgesetz und die Humanforschungsverordnung (Ausnahme: Die Anonymisierung nicht genetischer Personendaten zwecks Weiterverwendung zu Forschungszwecken unterliegt dem Gesetz über die Information und den Datenschutz). Letzteres ist auch für die Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und Proben zu Lehrzwecken massgebend.

– **Eine Verweigerung der Zustimmung bzw. ein späterer Widerruf hat keinen Einfluss auf die Behandlung.**

• Ich bestätige, dass ich diese Informationen verstanden habe, allfällige Fragen beantwortet wurden und erkläre mich mit der Weiterverwendung meiner Daten und Proben gemäss den oben erwähnten Ausführungen einverstanden.	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>
• Ich möchte über gesundheitsrelevante Resultate informiert werden, wenn diese zur Verhinderung, Feststellung und Behandlung bestehender oder künftig zu erwartender Krankheiten beitragen können. (Bei anonymisierten Daten nicht möglich)	<b>Ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nein</b> <input type="checkbox"/>

**Ort, Datum, Unterschrift** (Patient/gesetzlicher Vertreter – urteilsfähige Kinder bitte mitunterschreiben)

▶

## Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung.  
Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

### Allgemeine medizinische Angaben zur Patientin/zum Patienten

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ja    Nein**

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Wurden Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? Wann _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien?                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis/Pass (Antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Wurden Sie im Laufe des letzten Jahres durch einen Arzt untersucht?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Bluten Sie leicht oder lange, wenn Sie sich verletzen?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer oder wurden dort operiert oder bestrahlt?                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Hatten Sie je einen Unfall mit Verletzung der Zähne  |
|                          |                          | 9. Leiden Sie momentan oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen:  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Asthma oder Heuschnupfen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Atemnot bei leichten Anstrengungen (Treppensteigen)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Diabetes (Zuckerkrankheit)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Herzerkrankungen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Hoher/niedriger Blutdruck?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Osteoporose?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) Seelisches Leiden?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Tumorerkrankung?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k) Andere: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Leiden Sie an häufigen Magen-/Verdauungsstörungen oder erbrechen Sie häufig?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____<br>Seit wie vielen Jahren? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Trinken Sie regelmässig Alkohol? _____<br>Wenn ja, wieviel? _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Konsumieren Sie regelmässig weiche oder harte Drogen? Welche? _____   |

### Für Frauen

- |                          |                          |                                     |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Sind Sie gegenwärtig schwanger? |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

## Arztgeheimnis, Datenschutz, Gerichtsstand und anwendbares Recht

- Im Falle einer zahnärztlichen Überweisung oder Auftragserteilung an externe (Zahn-)Ärzte oder Zahntechniker darf das Zentrum für Zahnmedizin (ZMZ) dem zugewiesenen (Zahn-)Arzt respektive Zahntechniker alle Daten übermitteln, die für die Weiterbehandlung notwendig sind. Sind Sie von einem externen (Zahn-)Arzt an das ZMZ zugewiesen worden, darf das ZMZ den zuweisenden (Zahn-)Arzt in geeigneter Weise über die Behandlung am ZMZ informieren.
- Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen darf das ZMZ den zuständigen Krankenkassen oder Ämtern (z.B. IV-Stelle, Sozialamt) alle Daten übermitteln, die für eine Erteilung der Kostengutsprache notwendig sind. Die Adressangaben können zu administrativen Zwecken verarbeitet werden. Für die Rechnungsstellung der Privatpraxen am ZMZ dürfen die Rechnungsdaten an die Ärztekasse Genossenschaft übermittelt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass das ZMZ im Falle meines Zahlungsverzugs die für das Inkasso notwendigen Daten an die zuständigen Betreibungs- und Konkursämter, Gerichtsinstanzen sowie allenfalls vom ZMZ hierfür beauftragte Inkassobüros oder Rechtsanwälte weiterleitet.
- Ich erteile hiermit dem ZMZ meine Zustimmung, zum Zweck der Kredit- und Bonitätsüberprüfung bei Wirtschaftsauskunfteien allenfalls gespeicherte Zahlungserfahrungs- und Adressdaten abzufragen. Die von mir angegebenen Personen- und Adressdaten werden an die CRIF AG in Zürich zur Prüfung meiner Identität bzw. Bonität übermittelt. Das ZMZ übermittelt keine medizinischen Informationen an die Wirtschaftsauskunfteien.
- Es gilt Schweizerisches Recht. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Zürich/Schweiz
- **Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.** Allfällige Fragen zu diesem Formular (Gesundheitszustand, Arztgeheimnis, Datenschutz etc.) wurden mir vom behandelnden Zahnarzt erläutert.

**Ort, Datum, Unterschrift** (Patient/gesetzlicher Vertreter – urteilsfähige Kinder bitte mitunterschreiben)

\_\_\_\_\_