#	PERSONENDATEN / ÉTAT CIVIL / DATI IDENTIFICATIVI	BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN / VEULLILLEZ REMPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE / SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO
01	Name / Nom / Cognome Vorname / Prénom / Nome	
02	Adresse (Strasse, PLZ, Wohnort, Land) Adresse (Rue, PLZ, Localité, Pays) Indirizzo (Strada, PLZ, Località, Paese)	
03	Telefon (Natel, Natel, cellulare)	
04	eMail / émail / e-mail	
05	Sind Sie einverstanden, dass wir Sie schriftlich kontaktieren'	☐ ja ☐ nein
06	Geburtsdatum / Date de naissance / Data die nascita	
07	Beruf / Profession / Professione Arbeitgeber / Employeur / Datore di lavoro	
08	Hausarzt / Médecin de famille / Medica di famiglia	
	ABRECHNUNGSINFORMATIONEN	
09	AHV-Nummer / Numéro AVS / Numero AVS Krankenkasse/Unfallversicherung	....
10	Bezüger von	Ergänzungsleistung im Kanton ..... ☐ ja ☐ nein Fürsorgeleistungen im Kanton..... ☐ ja ☐ nein
	PATIENTENINFORMATIONEN	
11	Zum Zweck der Aufnahme, Abwicklung und Beendigung der Behandlungstätigkeit durch Zahnärzte, DH und PA unserer Praxis werden Ihre, uns bekanntgegebenen und im Verlauf und im Zusammenhang der Behandlungstätigkeit erhaltenen, gewonnenen und erhobenen Personen und weitere Daten bearbeitet und aufbewahrt. Wir informieren Sie hiermit, dass wir im Inkassofall, im Ausnahmefall bei der Rechnungsstellung oder bei Ratenzahlung mit Zaala AG mit Sitz in 8500 Frauenfeld, zusammenarbeiten. Für die Datenbearbeitungen sind wir, die Praxis, die datenschutzrechtlich zuständige Stelle und verantwortlich, soweit im Einzelfall nichts anderes kommuniziert oder vereinbart wird. Für die Ausübung von Rechten, Widerrufen und/oder	

zur Kontaktaufnahme bei Datenschutzanliegen bitten wir Sie dies unserer Praxis schriftlich oder per E-Mail zahnarztpraxisaeschenhof@sso-hin.ch mitzuteilen.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben und die Patienteninformation zur Aufnahme, Abwicklung und Beendigung der Behandlungstätigkeit und der damit zusammenhängenden Datenbearbeitung sowie die weitergehende Datenbearbeitung durch Zaala AG und ,sofern anwendbar, gelesen und verstanden zu haben und sind damit einverstanden. Sofern Sie mit der weitergehenden Datenbearbeitung nicht einverstanden sind, verweisen wir Sie auf den vorhergehenden Abschnitt betreffend Ihrer Widerrufsrechte.

*Zur einfacheren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet, wobei die weibliche oder andere Formen auch mitgemeint sind.

	GESUNDHEITSFRAGEBOGEN/ANAMNESE	
12	Leiden Sie an Infektionskrankheiten (z.B. AIDS, HIV, Hepatitis)? Welche?	☐ ja ☐ nein .....
13	Nehmen Sie regelmässig Medikamente, (z.B. Blutverdünner.,ev. Spritzen Welche?	☐ ja ☐ nein .....
	Operationen in den letzten 5 Jahren. Welche?	☐ ja ☐ nein .....
	Stehen Operationen bevor? Welche?	☐ ja ☐ nein .....
	Haben Sie Allergien (Spritzen, Medikamente, Latex)? Welche?	☐ ja ☐ nein .....
	Leiden Sie an Diabetes (Zuckerkrankheit)?	☐ ja ☐ nein
	Hatten Sie jemals einen Tumor/eine Krebserkrankung? Welche?	☐ ja ☐ nein .....
	Hoher Blutdruck?	☐ ja ☐ nein
	Endokarditis, künstl. Herzklappen, Stents?	☐ ja ☐ nein
	Herzinfarkt, Angina pectoris?	☐ ja ☐ nein
	Kreislauferkrankung?	☐ ja ☐ nein
	Hatten Sie eine andere ernsthafte Erkrankung? Welche?	☐ ja ☐ nein .....
	Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein
14	Nur bei weiblichen Patienten: Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja ☐ nein

	Datum / Date / Data	**Unterschrift / Signature / Firma**