

Dr. med. dent. Florian Marxer
Dr. med. dent. Bruno Degiacomi
Tel. +(0)81 303 38 95
Fax +(0)81 303 38 96

Perfect Smile Ragaz AG
Swiss Dental Care
praxis@perfectsmile-ragaz.ch
www.perfectsmile-ragaz.ch

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. Privat/Mobile: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) _____

Wenn Sie **keine** Terminerinnerung per SMS wünschen, kreuzen Sie bitte diese Box an. ☐

Gesundheitsfragen

Viele Krankheiten können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben. Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens ermöglichen Sie uns, die Behandlung individuell auf Sie anzupassen. **Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Grund der Konsultation: _____

Sind/waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? ☐ J ☐ N

Wenn ja, wann und weswegen? _____

Nehmen Sie zurzeit regelmässig Medikamente ein? ☐ J ☐ N

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie in den letzten Wochen Blutverdünner genommen? ☐ J ☐ N

Haben Sie eine ungewöhnliche Reaktion auf Injektionen (Spritzen)? ☐ J ☐ N

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen, bzw. haben Sie eine durchgemacht? ☐ J ☐ N

Asthma, Heuschnupfen, Bronchitis oder sonstige Allergien? _____

Herzprobleme / Herzerkrankungen J N

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder Gelenkprothesen? ☐ J ☐ N

Diabetes (Zuckerkrankheit)? ☐ J ☐ N

Nierenprobleme? ☐ J ☐ N

Schilddrüsenerkrankungen? ☐ J ☐ N

Haben oder hatten Sie Hepatitis (Gelbsucht)? ☐ J ☐ N

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

Hatten Sie jemals Rheuma, Osteoporose oder Gelenkprobleme? ☐ J ☐ N

Schwierigkeiten mit langem Bluten? ☐ J ☐ N

Besitzen Sie einen Gesundheits-Risikopass (Blutverdünnung, Endokarditis)? ☐ J ☐ N

Leiden Sie an einer anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankung? ☐ J ☐ N

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag? ☐ J ☐ N

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen oder werden Sie vom Sozialamt unterstützt? ☐ J ☐ N

Für Frauen: Besteht zum jetzigen Zeitpunkt eine Schwangerschaft? ☒ J ☐ N

Wir bitten Sie, Terminverschiebungen oder -absagen mindestens 24h vorher mitzuteilen. Ansonsten behalten wir uns vor, den nicht eingehaltenen Termin in Rechnung zu stellen.

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Daten inklusive Röntgenbilder und Fotos für medizinische, rechtliche sowie finanzielle Zwecke auf Anfrage der entsprechenden Partei zugestellt werden dürfen.

Ich willige hiermit im nachstehenden Umfange in die Bekanntgabe von Daten an die folgenden Dritten ein:

- An externe Dienstleister im IT-Bereich, die unsere Soft- und Hardware betreuen;
- An die MF Group AG in St. Gallen oder andere Factoring-Partner zum Zweck der Abrechnung (inkl. Abtretung der Forderung), Bonitätsprüfung und Geltendmachung der Forderung sowie an deren Finanzierungspartner in Deutschland zwecks Weiterübertragung und Geltendmachung der Forderung; Ihre persönlichen Daten sowie Ihre Bonitätsdaten werden zudem zwecks Bonitätskontrolle und Führung entsprechender Datenbanken an spezialisierte Dienstleistungsunternehmen weitergegeben;
- Sofern Personendaten an einen Dritten in der Schweiz oder der EU bekanntgegeben werden, werden jeweils nur diejenigen Daten bekannt gegeben, welche für die Erreichung des entsprechenden Zwecks notwendig sind.

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden bearbeiteten Personendaten zu erhalten sowie insbesondere deren Berichtigung und Löschung zu verlangen. In Fällen, in welchen die Datenbearbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie zudem das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Die Rechtmässigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung wird dadurch aber nicht berührt. Sie haben überdies das Recht, Ihre Ansprüche gerichtlich durchzusetzen oder bei der zuständigen Datenschutzbehörde eine Beschwerde einzureichen. Die zuständige Datenschutzbehörde der Schweiz ist der Eidgenössische Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragte (<http://www.edoeb.admin.ch>). Sollten Sie Fragen zum Thema Datenschutz haben, wenden Sie sich bitte an praxis@perfectsmile-ragaz.ch.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____