

Name	Vorname
Name und Vorname der Eltern	
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon Geschäft
Natelnummer	Email
Hausarzt	Krankenkasse / Ort

Fragen zu Ihrer Gesundheit			
	Ja	Nein	Bemerkungen
Hat ihr Kind Allergien? Wenn ja, welche?			
Nimmt ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, bitte den Namen und die Dosierung angeben			
Hat ihr Kind andere Krankheiten? Wenn ja, welche?			
Haben Sie Anspruch auf soziale Unterstützung? Sozialamt / Ergänzungsleistung / IV			

<b>Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?</b>
<b>Was ist der Grund Ihrer Konsultation?</b>
<p>Ich erteile Ihnen mein Einverständnis, die für die Rechnungsstellung, die Buchführung und das Inkasso notwendigen Daten an die von Ihnen beauftragten Personen und Institutionen weiterzuleiten.</p> <p>Ebenso willige ich ein, dass mit Institutionen (Behörden / Versicherungen) und ärztlichen / zahnärztlichen Kollegen und zahntechnischen Laboren) personenbezogene Daten elektronisch ausgetauscht werden dürfen. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben.</p> <p>Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.</p>
<b>Datum:</b>
<b>Unterschrift:</b>

## **kleingedrucktes**

## **allgemeine Geschäftsbedingungen**

### **Schönes braucht Zeit**

Die Dauer einer zahnärztlichen Behandlung lässt sich leider nicht immer genau voraussagen. Da Sorgfalt unser oberstes Gebot ist, soll Ihre Behandlung nicht unter Zeitdruck ausgeführt werden. Dies kann, neben der Behandlung von dringenden Notfällen, zu Verspätungen führen.

### **Notfälle**

Für dringende Notfälle haben wir täglich Zeitreserven eingeplant. Wir unternehmen alles, um Sie im Notfall möglichst schnell behandeln zu können. Auch samstags sind wir in der Regel von 8 – 12 Uhr gerne für Sie da. An Wochenenden und allgemeinen Feiertagen gibt Ihnen die Nummer 0848 261 261 Auskunft über den zahnärztlichen Notfalldienst in Ihrer Region.

### **Taxpunktwerte**

Privattarif : 1.10 CHF bis 1.12 CHF

UVG / IV / MV/ Sozialtarif : 1.00 CHF

Kieferorthopädie / Chirurgie: 1.05 bis 1.14 CHF

Bei Kunden, die wiederholt gemahnt werden müssen, kann der Taxpunktwert individuell erhöht werden.

### **Rechnungsstellung**

Wir erlauben uns, Ihnen unsere erbrachten Leistungen in unregelmässigen Abständen in Rechnung zu stellen. Bei grösseren Behandlungen erwarten wir von Ihnen eine Anzahlung in der Höhe des Ihnen überreichten Einzahlungsscheines.

### **Ratenzahlung**

Zahnarztkosten sind im Haushaltsbudget oft nicht vorgesehen. Es gibt aber Situationen, in denen sich eine Behandlung nicht aufschieben lässt, ohne den Erhalt der betroffenen Zähne zu gefährden.

Bei grösseren Beträgen bieten wir Ihnen die Möglichkeit, diese innerhalb eines Jahres in maximal 12 Raten zu begleichen (Zinszuschlag 5%). Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die Ratenzahlung monatlich zu begleichen sind, da ansonsten die Behandlung unterbrochen werden kann und der ganze noch ausstehende Betrag fällig wird. Zudem erlauben wir uns, Ihre Bonität vorgängig zu überprüfen und bei negativem Ergebnis die Behandlung abzubrechen.

### **Kostenschätzung**

Bei grösseren Behandlungen erhalten Sie von uns eine detaillierte Kostenschätzung, deren Gültigkeit 6 Monate beträgt. Wenn Sie mit der Kostenschätzung einverstanden sind, möchten wir Sie bitten, uns ein Exemplar unterschrieben zu retournieren. Sollten während der Behandlung unerwartete, grössere Kostenerhöhungen auftreten, werden Sie selbstverständlich darüber informiert, wobei Abweichungen bis zu 15 % sich unter Umständen nicht vermeiden lassen und nicht speziell mitgeteilt werden.

### **Versäumte Sitzungen (no-Show)**

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, bitten wir Sie, sich spätestens 48 Stunden vor der geplanten Behandlung abzumelden. Andernfalls gilt Ihr Termin als wahrgenommen und wird - ohne Inanspruchnahme einer Behandlung - in Rechnung gestellt.

### **Garantie beim Zahnarzt**

Eine eigentliche Garantie, etwa wie bei einem Handwerker, gibt es bei zahnärztlichen Eingriffen nicht. Zahnärztliche Arbeiten unterstehen dem Auftragsrecht, d.h. der Zahnarzt haftet nicht für den Erfolg einer Behandlung, sondern für die sorgfältige und getreue Ausführung des ihm übertragenen Auftrages (Art. 398, Abs. 2 OR)

Ich bin mit diesen allgemeinen Geschäftsbedingungen vollumfänglich einverstanden:

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

## **Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten**

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die oben genannte Arztpraxis (nachfolgend Arztpraxis) 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 und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Arztpraxis. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an das Praxispersonal oder direkt an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

**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 Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und 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 medizinischen 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, Therapievorschläge und Befunde.

**Dauer der Aufbewahrung** Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. 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 erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Optional: Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

**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. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

**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.