

**Ärztliche Schweigepflicht, Weitergabe von Daten an Dritte, unvermeidliche Verbreitung von Daten**

Ärztliche Schweigepflicht und berufliche Geheimhaltungspflicht verbieten die Weitergabe von Personen- und medizinischen Daten an Dritte, insbesondere auch an andere Medizinalpersonen, Kostenträger und Familienmitglieder! Nebst dem Behandler unterstehen auch alle internen und externen nicht-ärztlichen Mitarbeiter der Schweige- und Geheimhaltungspflicht. Aus praktischen Gründen lässt sich die Weitergabe und Verbreitung von Daten nicht gänzlich vermeiden: Praxisinterne Mitarbeiter müssen für therapeutische und administrative Zwecke Ihr Dossier einsehen; Überweisungspraxen, Zahntechniker und Kostenträger erhalten Personen- und medizinische Daten; Buchhalter, externe Verrechnungs- oder Inkassostellen haben Einsicht in Personen-, Buchhaltungs- und gewisse Behandlungsdaten. Daten werden auch verbreitet durch den Absendervermerk auf der Korrespondenz, das Bezahlen von Rechnungen via Post oder Bank, das Aufzeichnen von Verbindungsdaten elektronischer Kommunikationswege oder das Zusammentreffen mit anderen Patienten in der Praxis.

Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie den Geltungsbereich der ärztlichen Schweigepflicht und die aus praktischen Gründen unvermeidliche Weitergabe und Verbreitung von gewissen Daten in oben beschriebenem Umfang.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Geprüft/angepasst: Bitte leer lassen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Personalien, Adresse, Telefon**

Name Vorname \_\_\_\_\_  
 Geschlecht/Anrede  männlich/Herr  weiblich/Frau  divers/Titel \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr./Zusatz \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
 Beruf Firma \_\_\_\_\_

**Kontaktperson/gesetzlicher Vertreter (Eltern, Erziehungsberechtigte, Beistand, Vormund)**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Geschlecht/Anrede  männlich/Herr  weiblich/Frau  divers/Titel \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr./Zusatz \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon P \_\_\_\_\_ G \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

**Kostenträger (Privat/Unfall-/Invaliden-/Krankenkasse/Ergänzungsleistungen/Fürsorge/Sozialdienst)**

Firma/Filiale/Institut. \_\_\_\_\_  
 Kontaktperson \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
**Seit wann?** \_\_\_\_\_

**Hausarzt, andere behandelnde Ärzte, Therapeuten, Zahnärzte**

Name \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_

**Wie fanden Sie den Weg in unsere Praxis (Empfehlung von wem, Telefonbuch, Homepage...)?**

\_\_\_\_\_

**Ihre Anliegen, Grund Ihres Besuchs, Unfall/Datum/Hergang**

\_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen**

ja    nein

- Sind Sie in ärztlicher, homöopathischer oder anderweitiger Behandlung? Weswegen? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente, zusätzliche Vitamine, pflanzliche Präparate, Mineralien, Homöopathika oder andere Stoffe mit medizinischer Indikation ein? Welche? \_\_\_\_\_
- Reagierte Ihr Körper je ungewöhnlich oder allergisch auf Medikamente, Injektionen, Speisen, Materialien, Chemikalien? Auf welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Gerinnungshemmer ein ("Blutverdünnung")? Welche? \_\_\_\_\_
- Tragen Sie künstliche Gelenke, Gefässe, Herzklappen, Herzschrittmacher? Seit wann? \_\_\_\_\_
- Müssen Sie bei chirurgischen Eingriffen antibiotisch abgeschirmt werden?
- Sind Sie immunsupprimiert? Nehmen Sie Medikamente zur Kontrolle der Körperabwehr ein?
- Patientinnen: Sind Sie schwanger?

Leiden oder litten Sie unter folgenden Krankheiten oder Symptomen:

- Herz- od. Kreislaufstörungen, hohem od. tiefem Blutdruck, Herzinfarkt? Wann? \_\_\_\_\_
- Herzfehler, Herzklappenfehler, Blutgefässanomalien (z.B. Aneurisma)?
- Arteriosklerose, Schlaganfall, Thrombose? Wann? \_\_\_\_\_
- Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- Heuschnupfen? Asthma? Atemschwierigkeiten (COPD)?
- Allergien? Worauf? \_\_\_\_\_
- Blutgerinnungsstörungen?
- Rheumatische Erkrankungen?
- Osteoporose? Wie wird diese behandelt? \_\_\_\_\_
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, multiple Sklerose, Parkinson)?
- Chronische, übertragbare Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, HIV)?
- Anderen chronischen Erkrankungen? Welche? \_\_\_\_\_
- Verletzungen an Zähnen, Kiefer, Kopf, Wirbelsäule?
- Überempfindliche, schmerzhaft Zähne?
- Zahnfleischbluten, empfindliches Zahnfleisch?
- Mundgeruch?
- Schmerzen im Bereich von Kopf, Kiefer, Ohren, Nacken? Wie häufig? \_\_\_\_\_
- Geräusche im Kiefergelenk?
- Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?
- Kauen Sie häufig mehr als eine halbe Stunde Kaugummi täglich?
- Rauchen Sie? Was? Wieviel? \_\_\_\_\_

**Bitte mitbringen, wenn vorhanden: Medikamentenliste, Allergiepass, Endokarditis-Ausweis.**

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der Angaben zur Person und die vollständige und wahrheitsgetreue Beantwortung der Gesundheitsfragen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Geprüft/angepasst: Bitte leer lassen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_