

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; und Buchhalter, externe Verrechnungs- oder Inkassostellen haben Einsicht in Personen-, Buchhaltungs- und gewisse Behandlungsdaten, die Rückschlüsse auf medizinische Belange ermöglichen können. Daten werden auch verbreitet durch den Absendervermerk auf der Korrespondenz, die Zahlung von Rechnungen via Post oder Bank, das Vermitteln und Aufzeichnen der Verbindungsdaten von Telefongesprächen 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 _____

Personalien, Adresse, Telefon

Name, Vorname _____
 Geschlecht/Anrede männlich/Herr weiblich/Frau 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 Titel _____
 Strasse, Nr./Zusatz _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon P _____ G _____ Mobil _____

Kostenträger (Privat/Unfall-/Invaliden-/Zahnversicherung/Krankenkasse/Fürsorge/Ergänzungsleistungen)

Firma/Filiale/Institut. _____
 Kontaktperson _____
 Strasse, Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____
 Vers.-/AHV-/IV-Nr. _____

Hausarzt, andere behandelnde Ärzte, Therapeuten, Zahnärzte

Name _____
 Strasse, Nr. _____
 PLZ, Ort _____
 Telefon _____

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

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

Um Behandlungsrisiken zu minimieren beantworten Sie bitte umseitige Gesundheitsfragen!

Gesundheitsfragen

ja nein

Sind Sie in ärztlicher, homöopathischer od. 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")?

Müssen Sie eine spezielle Diät einhalten?

Tragen Sie künstliche Gelenke, Gefässe, Herzklappen, Herzschrittmacher?

Müssen Sie bei chirurgischen Eingriffen antibiotisch abgeschirmt werden?

Leiden oder litten Sie unter...

Herz- oder Kreislaufstörungen, hohem oder tiefem Blutdruck?

einem Herzfehler, Blutgefässanomalien?

Diabetes (Zuckerkrankheit)?

Heuschnupfen?

Asthma?

Allergien? Worauf (Allergiepass)?

Blutgerinnungsstörungen?

rheumatischen Erkrankungen?

Osteoporose?

neurologischen Erkrankungen (z.B. Epilepsie, multiple Sklerose, Parkinson)?

schwerwiegenden Infektionskrankheiten (insbesondere Hepatitis A/B/C/D, HIV)?

anderen chronischen Erkrankungen? Welche?

Verletzungen an Zähnen, Kiefer, Kopf, Wirbelsäule?

überempfindlichen, schmerzhaften Zähnen?

Zahnfleischbluten, empfindlichem Zahnfleisch?

Mundgeruch?

Schmerzen im Bereich von Kopf, Kiefer, Ohren? Wie häufig?

Geräuschen im Kiefergelenk?

eingeschränkter, schmerzhafter Mundöffnung?

Pressen oder knirschen Sie mit den Zähnen?

Kauen Sie häufig mehr als eine halbe Stunde Kaugummi täglich?

Rauchen Sie? Wieviel?

Patientinnen: Sind Sie schwanger?

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

Ort, Datum

Unterschrift