



Klinik: _____

Datum: _____

Patientenangaben

Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> non-binär	<input type="checkbox"/> Vater/Mutter <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter/Beistand
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum: Tag: Monat: Jahr:	
Beruf:	Beruf:
Strasse:	Strasse:
PLZ:	PLZ:
Wohnort:	Wohnort:
Telefon Privat:	Telefon:
Telefon Geschäft:	Krankenkasse/Ort:
Mobiltelefon:	Versicherungsnummer:
E-Mail:	Kostenträger:
Name und Adresse Ihres Zahnarztes:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler_in <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistung zur AHV/IV
	<input type="checkbox"/> KVG <input type="checkbox"/> Sozialamt
Name und Adresse Ihres Hausarztes:	<input type="checkbox"/> UVG/IV/MV <input type="checkbox"/> Asylbewerber_in
	<input type="checkbox"/> Andere: _____

Kontaktperson mit Telefonnummer für Notfälle: _____

Überwiesen von: _____

Waren Sie schon einmal bei uns in Behandlung? Falls ja, bei wem: _____

Hauptbeschwerden:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihren Hauptgrund für eine Behandlung/Beratung bei uns: _____

Angaben über den allgemeinen Gesundheitszustand

Gewisse Allgemeinerkrankungen bedingen Vorsichtsmassnahmen bei der zahnärztlichen Behandlung. Ihre Angaben unterstehen dem Arztgeheimnis und werden vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Allgemeine medizinische Angaben zur Patientin/zum Patienten

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Wenn ja, welche? _____

Ja Nein

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Wurden Sie gegen Wundstarrkrampf (Tetanus) geimpft? Wann _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Hatten Sie je eine ungewöhnliche Reaktion (Allergie etc.) auf Spritzen, Medikamente oder zahnärztliche Materialien? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Haben Sie einen ärztlichen Ausweis/Pass (Antibiotische Abschirmung, Blutverdünnung, Transplantate, Gelenkersatz, Herzschrittmacher)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Bluten Sie leicht oder lange, wenn Sie sich verletzen? |

Ja Nein

5. Hatten Sie je einen Unfall im Bereich des Gesichtes oder der Kiefer evtl. mit Verletzung der Zähne oder wurden dort operiert oder bestrahlt?
6. Leiden Sie momentan oder litten Sie je an folgenden Erkrankungen:
- a) Asthma oder Heuschnupfen?
- b) Atemnot bei leichten Anstrengungen (Treppensteigen)?
- c) Diabetes (Zuckerkrankheit)?
- d) Herzerkrankungen?
- e) Hoher/niedriger Blutdruck?
- f) Infektionen (Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV/AIDS)?
- g) Osteoporose?
- h) Seelisches Leiden?
- i) Tumorerkrankung?
- k) Andere: _____
7. Fallen Sie leicht in Ohnmacht?
8. Leiden Sie an häufigen Magen-/Verdauungsstörungen oder erbrechen Sie häufig?
9. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? _____
Seit wie vielen Jahren? _____
10. Trinken Sie regelmässig Alkohol?
Wenn ja, wieviel? _____
11. Konsumieren Sie regelmässig weiche oder harte Drogen? Welche? _____

Für Frauen

12. Sind Sie gegenwärtig schwanger?

Zahnärztliches Berufsgeheimnis, Datenschutz, Gerichtsstand und anwendbares Recht

- Im Falle einer Überweisung oder Auftragserteilung an externe Fachpersonen (Ärzt_innen, Zahnärzt_innen, Zahntechniker_innen) oder an eine Privatpraxis am ZZM darf das Zentrum für Zahnmedizin (ZZM) der zugewiesenen Fachperson respektive der Privatpraxis alle Daten übermitteln, die für die Weiterbehandlung notwendig sind. Sind Sie von einer externen Fachperson (Ärzt_innen, Zahnärzt_innen, Zahntechniker_innen) an das ZZM zugewiesen worden, darf das ZZM die zuweisende Fachperson in geeigneter Weise über die Behandlung am ZZM informieren.
- Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen ist der/die Unterzeichnende einverstanden, dass das ZZM den zuständigen Kostenträgern (z.B. Krankenkasse, Unfallversicherung, IV-Stelle, Sozialamt) alle Daten übermittelt, die für eine Erteilung der Kostengutsprache notwendig sind. Liegt eine Kostengutsprache vor, so erfolgt die Rechnungsstellung je nach Absprache mit dem Kostenträger direkt an den Kostenträger.
- Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass das ZZM im Falle eines Zahlungsverzugs die für das Inkasso notwendigen Daten an die zuständigen Betreibungs- und Konkursämter, Gerichtsinstanzen oder hierfür beauftragte Inkassobüros oder Rechtsanwälte_innen weiterleitet und entbindet das ZZM in diesem Umfang vom (zahn)ärztlichen Berufsgeheimnis.
- Der/die Unterzeichnende ist damit einverstanden, dass das ZZM zum Zweck der Kredit- und Bonitätsüberprüfung bei Wirtschaftsauskunfteien Zahlungserfahrungs- und Adressdaten abfragen darf. Das ZZM übermittelt der Wirtschaftsauskunftei zur Prüfung der Identität bzw. Bonität ausschliesslich die in diesem Formular in der Rubrik «Patientenangaben» erwähnten Personen- und Adressdaten. Es übermittelt der Wirtschaftsauskunftei weder medizinische Informationen noch Zahlungserfahrungsdaten des ZZM.
- Es gilt Schweizerisches Recht. Ausschliesslicher Gerichtsstand ist Zürich / Schweiz.
- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Allfällige Fragen zu diesem Formular (Gesundheitszustand, (zahn)ärztliches Berufsgeheimnis, Datenschutz etc.) wurden mir von der behandelnden Fachperson erläutert.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/gesetzlicher Vertreter – urteilsfähige Kinder bitte mitunterschreiben)





Aufklärungsblatt zu Generalkonsent 2022/11_D – Seite 1 von 2

Weiterverwendung von gesundheitsbezogenen Personendaten und biologischem Material für die Forschung und Lehre

Sehr geehrte Patientin
Sehr geehrter Patient

Im Verlauf Ihrer Behandlung am Zentrum für Zahnmedizin (ZZM) werden gesundheitsbezogene Daten von Ihnen erhoben und möglicherweise auch biologisches Material entnommen (z.B. allfällig gezogene Zähne, Speichelproben). Dieses biologische Material in Verbindung mit den Daten ist auch für die zahnmedizinische Forschung und Lehre sehr wertvoll. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Einwilligung, dieses Material und Ihre Daten für die Forschung und Lehre zu nutzen.

Wie können Sie Ihren Beitrag zur Forschung und Lehre leisten?

Wenn Sie die nachfolgende Einwilligungserklärung mit «Ja» unterschreiben, stellen Sie Ihre gesundheitsbezogenen Daten und übriggebliebenen Proben der Forschung und Lehre zur Verfügung. Die Einwilligung gilt für alle Daten, die bereits im ZZM erhoben wurden oder zukünftig erhoben werden. Dies gilt im gleichen Sinne für die Proben. Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie gilt zeitlich unbegrenzt, falls sie nicht widerrufen (zurückgezogen) wird. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit über die untenstehende Kontaktadresse widerrufen, ohne eine Begründung dafür abzugeben. Nach dem Widerruf werden Ihre Daten und Proben für neue Forschungsprojekte nicht mehr zur Verfügung gestellt. Ihre Entscheidung hat keinen Einfluss auf Ihre medizinische Behandlung.

Wie werden Ihre gesundheitsbezogenen Daten und Proben geschützt?

Ihre Daten werden im ZZM gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet und geschützt. Nur wenige Personen sind berechtigt, Einsicht in die unverschlüsselten Daten aus Ihrer Krankengeschichte und Zugang zu Ihren unverschlüsselten

Proben zu haben. Diese Personen sind für Ihre Behandlung zuständig oder haben im Rahmen eines Forschungsprojekts die Erlaubnis, Einblick in Ihre Daten zu nehmen.

Wenn Ihre Daten und Proben für Forschungsprojekte verwendet werden, so werden diese so bald wie möglich verschlüsselt oder anonymisiert. Verschlüsselt bedeutet, dass alle personenbezogenen Daten wie Ihr Name oder Geburtsdatum durch einen Code ersetzt werden. Der Schlüssel, der zeigt, welcher Code zu welcher Person gehört, wird durch eine nicht am Forschungsprojekt beteiligte Person sicher verwahrt. Personen, die keinen Zugang zum Schlüssel haben, können Sie nicht identifizieren. Werden Daten und Proben anonymisiert, gibt es keinen Schlüssel, der auf Ihre Person zurückführt.

Wer darf Ihre gesundheitsbezogenen Daten und Proben verwenden?

Ihre Daten und Proben werden berechtigten Forschenden am ZZM für Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt oder können in Forschungsprojekten in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen verwendet werden (z.B. andere Universitäten). Die Projekte können in der Schweiz oder im Ausland durchgeführt werden und gegebenenfalls gene-

Weiterverwendung von gesundheitsbezogenen Personendaten und biologischem Material für die Forschung und Lehre

tische Analysen beinhalten. Werden Daten und Proben in verschlüsselter Form an Forschende ausserhalb des ZZM weitergegeben, verbleibt der Schlüssel am ZZM, wo er von einer nicht am Forschungsprojekt beteiligten Stelle sicher verwahrt wird. Bei Forschungsprojekten im Ausland gelten mindestens die gleichen Anforderungen an den Datenschutz wie in der Schweiz. Forschungsprojekte unterliegen generell einer Überprüfung der zuständigen Ethikkommission.

Werden Sie über Forschungsergebnisse informiert?

Die Erkenntnisse von Forschungsprojekten mit Daten und Proben tragen meist erst für zukünftige Patientinnen und Patienten zu einer verbesserten zahnmedizinischen Betreuung bei. Sollte dennoch ein für Sie bedeutendes Ergebnis gefunden werden und eine zahnmedizinische Massnahme verfügbar sein, ist eine Kontaktaufnahme durch das ZZM möglich (dies ist bei Forschung mit anonymisierten Daten und Proben nicht möglich).

Werden Sie finanzielle Vor- oder Nachteile haben?

Es entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Es ist von Gesetzes wegen ausgeschlossen, mit Ihren Daten und Proben Geld zu erwirtschaften. Es entsteht daher weder für Sie noch für das ZZM ein finanzieller Vorteil.

Falls Sie noch Fragen haben oder zusätzliche Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die untenstehende Kontaktadresse oder besuchen Sie unsere Website

<https://www.zzm.uzh.ch>

Zentrum für Zahnmedizin
Plattenstrasse 11
8032 Zürich

Telefon +41(0)44 634 33 11
Fax +41 (0)44 634 43 11



Generalkonsent 2022/11_D – Einwilligungserklärung

Weiterverwendung von gesundheitsbezogenen Personendaten und biologischem Material für die Forschung und Lehre

Vor- und Nachname Patient_in

Geburtsdatum

Ich stimme hiermit zu,
dass meine gesundheitsbezogenen Daten (inkl. genetischer Daten) und Proben, die während meiner Behandlung am
ZZM erhoben bzw. entnommen werden, der Forschung und Lehre zur Verfügung stehen.

Ja Nein

Ich weiss, dass

- auf dem «Aufklärungsblatt zu Generalkonsent 2022/11_D» die Bestimmungen zur Weiterverwendung meiner Daten und Proben beschrieben sind. Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.
- meine persönlichen Daten geschützt sind.
- meine Daten und Proben in nationalen und internationalen Projekten, innerhalb öffentlicher und privater Institutionen, verwendet werden können.
- meine Proben zu Forschungs- und Lehrzwecken für genetische Analysen verwendet werden können.
- ich kontaktiert werden kann, falls für mich relevante Informationen gefunden werden.
- meine Entscheidung freiwillig ist und keinen Einfluss auf meine Behandlung hat.
- meine Entscheidung zeitlich unbegrenzt gilt.
- dass ich meine Zustimmung jederzeit ohne Begründung zurückziehen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient_in, sofern urteilsfähig

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls zutreffend
(Name und Bezug zu Patient_in)

Sie erhalten eine Kopie dieser Seite mit Unterschrift, wenn Sie dies wünschen.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnden Zahnärzte oder an folgenden Kontakt:

Zentrum für Zahnmedizin, Plattenstrasse 11, 8032 Zürich – Telefon +41 (0)44 634 33 11