



Informations personnelles

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse, rue: _____ Code post./ville: _____

Date de naissance: / . Sexe: Fém. Masc.

Représentant légal: _____ Date de naissance: / .

Tél. dom.: _____ Tél. bureau: _____ Tél. mobile: _____

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas recevoir de rappel. Nationalité: _____

Email: _____ Profession / titre: _____

Employeur (nom / adresse): _____

Si l'AVS / AI ou l'aide sociale prend en charge le traitement: nom / adresse: _____

Nom / adresse de votre médecin / dentiste traitant: _____

Avez-vous une assurance dentaire complémentaire? Si oui, laquelle? _____

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Recommandation de: docteur dentiste Nom: _____

Famille / amis / connaissances Site Web Annonce – où? _____ Publication – laquelle? _____

Praxisgemeinschaft Wolfbach souhaite vous envoyer de temps en temps par e-mail des offres et des informations qui pourraient vous intéresser. Si vous ne voulez **pas** bénéficier de ce service, veuillez cocher la case ci-contre. Vous pouvez révoquer ultérieurement votre consentement.

Questions médicales

De nombreuses maladies peuvent affecter le traitement dentaire. En remplissant ce questionnaire, vous nous donnez des informations importantes sur votre état de santé et nous permettez d'adapter le traitement individuellement à votre situation.

Vos informations resteront strictement confidentielles et ne seront pas divulguées à des tiers.

Raison de la consultation: _____

Venez-vous nous voir suite à un accident? Si oui, date de l'accident: _____ O N

Requête spéciale: _____

Avez-vous suivi un traitement médical récemment? O N
Si oui, pour quelle raison? _____

Avez-vous été hospitalisé ou victime d'un accident dans les 5 dernières années? O N
Si oui, indiquez la raison / le type de blessure? _____

Avez-vous une carte d'identité / un passeport médical (par exemple en raison d'antibiothérapie, hémodilution, pacemaker et/ou greffe d'organe)? O N

Avez-vous ou avez-vous eu une hépatite (jaunisse)? O N

Etes-vous séropositif ou atteint du SIDA? O N

Maladies cardiaques:

- Endocardite (inflammation de la paroi interne du cœur) O N
- Problème valvulaire / valve artificielle O N
- Angine de poitrine O N
- Infarctus O N
- Tension trop forte / trop faible O N
- Pacemaker O N

Maladies sanguines:

- Anémie O N
- Saignez-vous longtemps en cas de blessure? Souffrez-vous d'hémophilie (tendance aux saignements)? O N
- Etes-vous anticoagulé (hémodilution)? O N
- Avez-vous facilement des bleus? O N

- Souffrez-vous de troubles circulatoires, tels que des évanouissements? O N
- Etes-vous diabétique? Tpe I / type II / type III / dans la famille? O N
- Souffrez-vous de reflux acide, brûlures d'estomac et/ou vomissements fréquents? O N
- Avez-vous des allergies? Si oui, lesquelles? _____ O N
- Etes-vous hypersensible aux injections? O N
- Souffrez-vous de problèmes respiratoires (asthme, bronchite et/ou rhume des foins)? O N
- Souffrez-vous de tension/douleur dans la tête ou le cou? O N
- Avez-vous déjà eu des rhumatismes, ostéoporose, problèmes articulaires et/ou greffe d'organe? O N
- Avez-vous des articulations artificielles (hanche, genou)? O N
- Prenez-vous en ce moment des médicaments régulièrement? O N
- Si oui, lesquels? _____

Etes-vous satisfait de la condition / apparence de vos dents? O N
 Si non, qu'est-ce qui vous gêne? _____

Avez-vous déjà eu des problèmes avec de précédents traitements dentaires? O N
 Si oui, lesquels? _____

Avez-vous déjà eu un accident grave à la mâchoire et/ou au visage? O N

Avez-vous déjà été opéré ou eu des radiations dans la région de la bouche / des lèvres? O N

- Fumez-vous? Combien? _____ O N
- Buvez-vous régulièrement de l'alcool? O N
- Prenez-vous des drogues? O N
- Si oui, lesquelles? _____
- Souffrez-vous d'épilepsie? O N
- Avez-vous d'autres maladies graves? O N
- Prenez-vous 'la pilule' (contraception orale)? O N
- Etes-vous enceinte? O N
- De combien de semaines? _____

Nous vous prions de nous informer au moins 24 heures à l'avance de tout changement de date. Faute de quoi nous nous réservons le droit de vous facturer le rendez-vous manqué. Pour le reste, nous vous renvoyons à nos conditions générales de vente qui peuvent être téléchargées sur www.swiss-smile.com et qui s'appliquent aux relations contractuelles entre vous et nous.

Les données personnelles demandées dans ce questionnaire sur les antécédents médicaux et les données personnelles collectées lors du traitement médical (développement de la maladie, données de santé, radiographies et autres images, photographies, options de traitement, traitements effectués, informations médicales, etc.) sont utilisées à des fins de traitement médical, facturation, évaluation de crédit et recouvrement. En outre, les données susmentionnées peuvent être utilisées pour vous envoyer de la publicité pour nos services et offres, à moins d'avoir été marquée comme indésirable ci-dessus. Ces données personnelles sont enregistrées et conservées pendant la période légale dans un système de gestion des patients conformément aux dispositions de la loi cantonale sur la santé.

Si nécessaire pour un traitement médical, vous pouvez obtenir des informations et des documents sur les traitements médicaux (dentaires) antérieurs auprès de votre ancien médecin (dentiste). A cet égard, vous nous libérez, ainsi que le médecin (dentiste) sollicité, du secret médical.

Praxisgemeinschaft Wolfbach AG, Wolfbachstrasse 1, 8032 Zürich est responsable des données collectées. Les collaborateurs de Praxisgemeinschaft Wolfbach AG peuvent consulter et traiter ces données aux fins susmentionnées. Praxisgemeinschaft Wolfbach AG fait partie du groupe swiss smile et les données personnelles sont gérées de manière centralisée par swiss smile Holding AG, Bahnhofstrasse 110, 8001 Zürich.

En outre, les données peuvent être divulguées aux tiers suivants et vous nous libérez à cet égard du secret médical:

- laboratoires dentaires et autres, si nécessaire pour un traitement médical;
- autres entreprises du groupe swiss smile et/ou prestataires externes qui nous secondent dans le cadre de la facturation, de l'évaluation de crédit et du recouvrement de créances en Suisse et à l'étranger; vos données personnelles et vos données de solvabilité sont également transmises à des prestataires spécialisés pour l'évaluation de crédit et la maintenance des bases de données correspondantes; notre évaluation de crédit repose sur des processus automatiques et a une influence sur les possibilités de paiement;
- autres cliniques et entreprises du groupe swiss smile et leur personnel dentaire et administratif, dans la mesure où cela est nécessaire pour le traitement dentaire, en particulier sur un autre site du groupe swiss smile;
- assurances maladie, accidents et autres assurances ainsi qu'aux autorités ou institutions gouvernementales, si cela est nécessaire pour le traitement médical ou la facturation;
- fournisseurs de services informatiques externes qui prennent en charge nos logiciels et notre matériel.

Si des données personnelles sont divulguées à un tiers, seules le seront celles nécessaires à la réalisation de l'objectif concerné.

Vous avez le droit de recevoir des informations sur vos données personnelles stockées et traitées ainsi que d'exiger leur rectification et - si la loi le stipule - leur suppression. Si vous avez des questions au sujet de la protection des données, veuillez contacter datenschutz@swiss-smile.com.

Je confirme l'exactitude des informations fournies et accepter le traitement de mes données personnelles tel que décrit ci-dessus.

Lieu / date: _____

Signature: _____