

Personalien und allgemeiner Gesundheitszustand

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:	Geschlecht:	weiblich	männlich		
Vorname:	Nationalität:				
Geburtsdatum (DD.MM.JJJJ):	Sprache:				
Strasse/Nr:	Ausländerausweis:	B	C	N	F
PLZ/Wohnort:	anderes:				
Telefon P:	Beruf:				
Telefon G:	Krankenkasse:				
Mobile:					
E-Mail:					

Hausarzt/-ärztin (Name, Adresse, Telefon):

Zahnarzt/-ärztin (Name, Adresse, Telefon):

Erziehungsberechtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in, Kontaktperson für Notfälle:

Name:	Vorname:
Telefon:	Adresse:

Kostenträger:	Unfall-/Invaliden-/Militärversicherung
Selbstzahler/in	Sozialamt/Asylwesen
Krankenkasse	andere:
Ergänzungsleistungen zur AHV/IV	

Was ist der Hauptgrund für Ihren Besuch bei uns?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Überweisung von:

anderes:

frühere Behandlung an den zmk bern bei (Name/Klinik/Jahr):

Die wahrheitsgetreue Beantwortung folgender Fragen ist eine Voraussetzung für Ihre adäquate und bestmögliche Beratung resp. Behandlung. Bei Unklarheiten fragen Sie bitte Ihren/Ihre Behandler/in oder kontaktieren Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin. Allfällige Änderungen Ihres Gesundheitszustands geben Sie bitte zeitnah bekannt.

1. Waren Sie in letzter Zeit/Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund und bei welchem/welcher Arzt/Ärztin:	ja	nein																					
2. Nehmen Sie Medikamente ein? (ggf. bitte Liste) Wenn ja, welche:	ja	nein																					
3. Haben Sie einen Gerinnungshemmungsausweis, Allergiepass oder anderen ärztlichen Ausweis? (Endokarditis-Prophylaxe, Transplantate, Gelenkersatz o.ä.) Wenn ja, welche:	ja	nein																					
4. Leiden Sie unter Allergien? Wenn ja, welche:	ja	nein																					
5. Waren Sie je schwer krank und/oder in Spitalbehandlung? Grund:	ja	nein																					
6. Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Eingesetzt im Jahr:	ja	nein																					
7. Haben Sie künstliche Gelenke? Wo:	ja	nein																					
8. Haben Sie ein Hörgerät (abnehmbar oder implantiert)?	ja	nein																					
9. Hatten Sie jemals medizinische Komplikationen bei einer zahnärztlichen Behandlung (z.B. Ohnmacht, Reaktion auf Spritzen/Medikamente/Materialien)?	ja	nein																					
10. Haben Sie grosse Angst vor Zahnbehandlungen?	ja	nein																					
11. Hatten Sie jemals einen Unfall, Operation oder Bestrahlung im Zahn-/Kiefer-/Gesichtsbereich? Wenn ja, bitte ausführen:	ja	nein																					
12. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen: <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Herz-Kreislaufstörung</td> <td style="width: 33%;">Embolie/Thrombose</td> <td style="width: 33%;">Schilddrüsenerkrankung</td> </tr> <tr> <td>Herzerkrankung/Herzinfarkt</td> <td>Tumorerkrankung (Krebs)</td> <td>Leber-/Nierenerkrankung</td> </tr> <tr> <td>Schlaganfall/Hirninfarkt</td> <td>Bluthochdruck</td> <td>Osteoporose</td> </tr> <tr> <td>Grüner Star (Glaukom)</td> <td>Atemwegs-/Lungenerkrankung</td> <td>Seelisches Leiden (z.B. Depression)</td> </tr> <tr> <td>Rheumatische Erkrankung</td> <td>Diabetes (Zuckerkrankheit)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epilepsie</td> <td>Magen-/Darmproblem, häufiges Erbrechen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chronische Schmerzen</td> <td>Bemerkungen:</td> <td></td> </tr> </table>	Herz-Kreislaufstörung	Embolie/Thrombose	Schilddrüsenerkrankung	Herzerkrankung/Herzinfarkt	Tumorerkrankung (Krebs)	Leber-/Nierenerkrankung	Schlaganfall/Hirninfarkt	Bluthochdruck	Osteoporose	Grüner Star (Glaukom)	Atemwegs-/Lungenerkrankung	Seelisches Leiden (z.B. Depression)	Rheumatische Erkrankung	Diabetes (Zuckerkrankheit)		Epilepsie	Magen-/Darmproblem, häufiges Erbrechen		Chronische Schmerzen	Bemerkungen:			
Herz-Kreislaufstörung	Embolie/Thrombose	Schilddrüsenerkrankung																					
Herzerkrankung/Herzinfarkt	Tumorerkrankung (Krebs)	Leber-/Nierenerkrankung																					
Schlaganfall/Hirninfarkt	Bluthochdruck	Osteoporose																					
Grüner Star (Glaukom)	Atemwegs-/Lungenerkrankung	Seelisches Leiden (z.B. Depression)																					
Rheumatische Erkrankung	Diabetes (Zuckerkrankheit)																						
Epilepsie	Magen-/Darmproblem, häufiges Erbrechen																						
Chronische Schmerzen	Bemerkungen:																						
13. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Infektionen: <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Tuberkulose</td> <td style="width: 25%;">Geschlechtskrankheiten</td> <td style="width: 25%;">HIV / AIDS</td> <td style="width: 25%;">Gelbsucht/Hepatitis:</td> <td style="width: 5%;">A</td> <td style="width: 5%;">B</td> <td style="width: 5%;">C</td> </tr> </table>	Tuberkulose	Geschlechtskrankheiten	HIV / AIDS	Gelbsucht/Hepatitis:	A	B	C																
Tuberkulose	Geschlechtskrankheiten	HIV / AIDS	Gelbsucht/Hepatitis:	A	B	C																	
14. Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung, die hier nicht aufgeführt ist? Wenn ja, welche:	ja	nein																					
15. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: Seit wann? Aufgehört seit:	ja	nein																					
16. Konsumieren Sie rauchfreie Tabakwaren (z.B. Snus oder Schnupftabak)? Wenn ja, durchschnittliche Menge pro Tag:	ja	nein																					
17. Trinken Sie regelmässig Alkohol? Wenn ja, was und wieviel:	ja	nein																					
18. Konsumieren Sie andere Substanzen (z.B. Drogen)? Wenn ja, welche und wieviel:	ja	nein																					
19. Für Patientinnen: Sind Sie gegenwärtig schwanger? Wenn ja, in welchem Monat: Name und Adresse der Gynäkologin/Gynäkologe:	ja	nein																					

Einverständniserklärung, Arztgeheimnis, Datenschutz und anwendbares Recht:

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass der Gerichtstand Bern ist und dass Schweizerisches Recht zur Anwendung gelangt.

Ich gebe mein Einverständnis, dass die Behandelnden an den zmk bern meine Daten resp. medizinische Fachinformationen bei Mitbeteiligten anfordern, diese in meinem Interesse besprechen und auch an berechnigte Dritte weiterleiten dürfen (bspw. externer Laborauftrag, Überweisungen, Einholung von Kostengutsprachen bei Versicherungen oder Ämtern).

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstelle erforderlichen Daten sowohl an die Rechnung stellende (z.B. Ärztekasse) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Dritte erhalten bei diesem Fall nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die medizinische Behandlung ermöglichen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

(bei Minderjährigen gesetzliche Vertretung)

Information zur Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und Proben zu Forschungszwecken

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Die Erkennung und Behandlung von Krankheiten hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Diese Entwicklung ist das Ergebnis langjähriger Forschung, an der Ärzte, Wissenschaftler und Patienten verschiedener Generationen aktiv beteiligt sind.

Die Forschung ist dabei wesentlich auf Daten aus Krankengeschichten von Patientinnen und Patienten angewiesen. Diese können zum Beispiel Ergebnisse aus Laboranalysen, Informationen zu einer Therapie oder über erbliche Veranlagungen zu bestimmten Krankheiten umfassen. Auch biologisches Material, das als Probe während eines Klinikaufenthaltes entnommen wurde und für Diagnosezwecke nicht mehr benötigt wird, ist sehr wertvoll für die Forschung. Bei diesen übriggebliebenen Proben kann es sich beispielsweise um Blut-, Speichel-, Gewebeproben, Röntgenbilder oder Modelle handeln.

Diese Information erklärt, wie Sie als Patientin oder Patient zum medizinischen Fortschritt beitragen können und zeigt auf, wie Ihre Patientendaten und -rechte geschützt werden.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung.

Wie können Sie Ihren Beitrag zur Forschung leisten?

Wenn Sie das nachfolgende Einwilligungsfeld mit «Ja» unterschreiben, stellen Sie Ihre gesundheitsbezogenen Daten und übriggebliebenen Proben der Forschung zur Verfügung. Die Einwilligung gilt für alle Daten, die bereits in der Klinik 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 in der Klinik gemäss den gesetzlichen Vorschriften bearbeitet und geschützt. Nur befugte Mitarbeiter der Klinik, wie beispielsweise Ärzte, haben Einsicht in die unverschlüsselten Daten aus Ihrer Krankengeschichte und Zugang zu Ihren unverschlüsselten Proben. Ihre Proben sind in Biobanken verwahrt. Eine Biobank stellt eine strukturierte Sammlung verschiedener Proben unter bestimmten Sicherheitsbestimmungen (Biobankreglement) dar.

Wenn Ihre Daten und Proben für Forschungsprojekte verwendet werden, so werden diese 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 an unserer Klinik für Forschungsprojekte zur Verfügung gestellt oder können in Forschungsprojekten in Zusammenarbeit mit anderen öffentlichen oder privaten Institutionen verwendet werden (andere Spitäler, Universitäten oder pharmazeutische Unternehmen). Die Projekte können in der Schweiz oder im Ausland durchgeführt werden und gegebenenfalls genetische Analysen beinhalten. 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?

Forschungsprojekte mit Daten und Proben führen in der Regel nicht zu Informationen, die unmittelbar für die Gesundheit einer einzelnen Person von Belang sind. Sollte dennoch ein für Sie bedeutendes Ergebnis gefunden werden und eine medizinische Massnahme verfügbar sein, ist eine Kontaktaufnahme durch die Klinik 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 die Klinik 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.

zmk bern

Freiburgstrasse 7

3010 Bern

Telefon +41 31 684 06 00

www.zmk.unibe.ch

Patientenkleber



zmk bern

Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern

**UNIVERSITÄT
BERN**

Zahnmedizinische Kliniken der Universität Bern | Freiburgstrasse 7 | 3010 Bern | www.zmk.unibe.ch

Einwilligungserklärung zur Weiterverwendung von gesundheitsbezogenen Daten und Proben

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich stimme hiermit zu,

dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Proben, die während meines ambulanten Klinikaufenthaltes erhoben bzw. entnommen werden, der Forschung zur Verfügung stehen.

Ja **Nein**

Ich weiss, dass

- auf dem Informationsblatt (Januar 2023) 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 Forschungszwecken 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 Ärzte oder an folgenden Kontakt:

zmk bern, Freiburgstrasse 7, 3010 Bern, Telefon +41 31 684 06 00, www.zmk.unibe.ch