



mobiDent™ – Zahnmedizin: Dauerhafte Kostengutsprache bis auf Widerruf

Bitte deutlich und in Blockschrift ausfüllen!

Name Einrichtung:

Name		Adresse Patient	
Vorname			
Geschlecht	☐ männlich ☐ weiblich		
Geburtsdatum		Telefon	
Abteilung		Zimmer-Nr.	

Kosten- gutsprache	☐ Ich bin mit einer Untersuchung mit Zahnreinigung durch den Zahnarzt einverstanden (Kostenrahmen CHF 400 ± 15 %). Für weitere Behandlungen schicken Sie mir bitte einen Kostenvoranschlag. ☐ Ich bin mit einer Untersuchung mit Zahnreinigung und ggf. für notwendige Behandlungen durch den Zahnarzt einverstanden. ☐ maximale Kostenhöhe CHF 500 (± 15 %) ☐ maximale Kostenhöhe CHF 800 (± 15 %) ☐ anderer Betrag bis max. Fr. _____ ☐ Ich möchte keine Behandlung.
-------------------------------	---

Kostenträger	☐ Selbstzahler ☐ Ergänzungsleistungen/IV/Sozialamt ☐ Andere: _____
---------------------	---

Adresse Rechnungs- Empfänger	Name: _____ ☐ Gesetzlicher Beistand Vorname: _____ ☐ Amt Strasse: _____ ☐ Angehöriger/e PLZ / Ort: _____ Telefon: _____
---	--

Hinweise für den Zahnarzt / die Zahnärztin	_____ _____ _____
---	-------------------------

Ort	Datum	Unterschrift Patient 
Ort	Datum	Unterschrift gesetzliche Vertretung 

Falls Sie Rückfragen haben, bitte die mobiDent-Hotline unter **044 634 42 37** anrufen.

Rücksenden des Formulars an folgende Adresse: Universität Zürich, Zentrum für Zahnmedizin, Klinik für Allgemein-, behinderten- und Seniorenzahnmedizin, mobiDent, Plattenstrasse 11, CH-8032 Zürich.

→ **Bitte wenden und unterschreiben (X)!**



Arztgeheimnis, Datenschutz, Gerichtstand und anwendbares Recht

- Das mobiDent™ ist Bestandteil der Klinik für Allgemein-, Behinderten- und Seniorenzahnmedizin der Universität Zürich am Zentrum für Zahnmedizin.
- Die Einrichtung, behandelnde Ärzte, Zahnprothetiker und Pflegepersonen dürfen den Zahnärzten und ihrem Team alle notwendigen Daten für die Behandlung übermitteln, die als notwendig erachtet werden.
- Im Falle einer zahnärztlichen Überweisung oder Aufträge an externe Zahntechniker darf das Zentrum für Zahnmedizin (ZMZ) dem zugewiesenen Arzt, Zahntechniker oder Pflegepersonen alle Daten übermitteln, die das ZMZ für diesen Zweck als geeignet erachtet.
- Ich bin damit einverstanden, dass zu Lehrzwecken Studierende der Zahnmedizin und der Dentalhygiene sich über mein Krankheitsbild und meinen Behandlungsbedarf informieren können und das unter Aufsicht des leitenden Zahnarztes Behandlungen wie an der Universität Zürich üblich durchgeführt werden dürfen.
- Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen darf das ZMZ den Krankenkassen oder Ämtern alle Daten übermitteln, die das ZMZ für diesen Zweck als geeignet erachtet. Die Adressangaben können zu administrativen Zwecken verarbeitet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass Sie im Falle meines Zahlungsverzugs die für das Inkasso notwendigen Daten an die zuständigen Betreibungs- und Konkursämter, Gerichtsinstanzen sowie einen allenfalls von Ihnen hierfür beauftragten Rechtsanwalt weiterleiten.
- Ich erteile hiermit dem ZMZ meine Zustimmung, zum Zweck der Kredit- und Identitätsüberprüfung bei Wirtschaftsauskunfteien allenfalls gespeicherte Zahlungserfahrungs- und Adressdaten abzufragen. Die von Ihnen angegebenen Antrags-/Auftragsdaten werden an die CRIF AG in Zürich zur Prüfung Ihrer Identität bzw. Bonität übermittelt. Nähere Informationen unter: www.mycrifdata.ch/#!/dsg
- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Gerichtstand Zürich ist und dass Schweizerisches Recht zur Anwendung gelangt.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / gesetzlicher Vertreter)

X

- Unklarheiten bezüglich der Fragen (inkl. Arztgeheimnis und Datenschutz) wurden mir vom behandelnden Zahnarzt erläutert.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / gesetzlicher Vertreter)

X

Verwendung von Patientendaten in Forschung und Lehre bzw. in Publikationen

- Meine Röntgenbilder, Fotos, Filmaufnahmen, Gipsmodelle, Befunde und gesundheitsbezogene Daten sowie allfällig im Verlauf der notwendigen zahnärztlichen Behandlung gezogene Zähne und / oder entnommene Proben dürfen für Lehrzwecke sowie für Publikationen und Forschung verwendet werden, sofern sie für Letztere **anonymisiert** sind oder **verschlüsselt** werden.
- Im Falle einer **verschlüsselten Weiterverwendung** wird der Schlüssel gemäss den gesetzlichen Vorgaben der Humanforschungsverordnung verwaltet, indem der Schlüssel von einem Mitarbeitenden, der nicht am Forschungsprojekt beteiligt ist, getrennt von Daten und Proben, geschützt aufbewahrt wird. Eine Re-Identifikation ist nur in definierten Ausnahmefällen erlaubt.
- Sie haben das Recht, über gesundheitsrelevante Resultate informiert zu werden, oder auch darauf zu verzichten. Das Einverständnis kann jederzeit und ohne Begründung schriftlich widerrufen werden. Im Falle einer **anonymisierten Weiterverwendung** können die Daten und Proben nicht mehr einer Person zugeordnet werden, d.h. Erkenntnisse betreffend Ihrer Gesundheit können Ihnen nicht mehr mitgeteilt werden. Auch das Widerrufsrecht entfällt, da keine Rückschlüsse auf die Person möglich sind.
- Der Umgang mit gesundheitsbezogenen Patientendaten und Proben beschränkt sich auf Personen, die diese Daten und Proben zur Erfüllung ihrer Aufgabe benötigen. Falls diese Personen verschlüsselte oder anonymisierte Daten und Proben zu Forschungs- zwecken weiterverwenden oder an Dritte weitergeben (z.B. im Rahmen einer Forschungszusammenarbeit mit anderen Universitätsinstituten), gelten diesbezüglich das Humanforschungsgesetz und die Humanforschungsverordnung (Ausnahme: Die Anonymisierung nicht genetischer Personendaten zwecks Weiterverwendung zu Forschungszwecken unterliegt dem Gesetz über die Information und den Datenschutz). Letzteres ist auch für die Weiterverwendung gesundheitsbezogener Daten und Proben zu Lehrzwecken massgebend.

- Eine Verweigerung bzw. ein späterer Widerruf hat keine Konsequenzen auf die Behandlung.**

- Ich bestätige, dass ich diese Informationen verstanden habe, allfällige Fragen beantwortet wurden und erkläre mich mit der Weiterverwendung meiner Daten und Proben einverstanden, nachdem mir eine angemessene Bedenkfrist eingeräumt wurde.

Ja

Nein

☐

☐

- Ich möchte über gesundheitsrelevante Resultate informiert werden, wenn diese zur Verhinderung, Feststellung und Behandlung bestehender oder künftig zu erwartender Krankheiten beitragen können (bei anonymisierten Daten nicht möglich).

Ja

Nein

☐

☐

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / gesetzlicher Vertreter)

X

Gültigkeit

Die Zusage für die zahnärztliche Versorgung besteht ab dem Gültigkeitsdatum (Seite 1 oben) bis zum Widerruf des Rechnungsempfängers (max. 2 mal pro Jahr).

Ort, Datum, Unterschrift (Patient / gesetzlicher Vertreter)

Ja

☐

X