



 **Patienten Anmeldung**

**Bitte folgende 3 Seiten vollständig ausfüllen, per E-Mail oder Post einsenden und unterzeichnet mitbringen zum Termin. Sie finden dieses Formular auch online unter [www.mas-ag.ch/dokumente](http://www.mas-ag.ch/dokumente)**

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Name .....          | Vorname .....                |
| Geburtsdatum .....  | E-Mail .....                 |
| Strasse, Nr. ....   | PLZ, Ort .....               |
| Tel. Privat .....   | Tel. Geschäft / Mobile ..... |
| Hausarzt Name ..... | Notfallkontakt Name .....    |
| Adresse .....       | Tel. ....                    |

Gesetzliche Vertretung (falls zutreffend, ansonsten leerlassen):

|                     |                |
|---------------------|----------------|
| Name .....          | Vorname .....  |
| Strasse, Nr. ....   | PLZ, Ort ..... |
| Tel. / Mobile ..... | E-Mail .....   |

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich

- Die Gesundheitsfragen auf den folgenden Seiten wahrheitsgemäss und vollständig beantwortet habe
- mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf den folgenden Seiten einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin / meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Mobilien Anästhesie Systeme AG ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

**Behandlungstermine mit Bezug der Mobilien Anästhesie Systeme AG, die weniger als 48 Stunden vorher durch Sie ohne triftigen Grund abgesagt werden, können zu Ihren Lasten verrechnet werden (in der Regel CHF 500.-).**



## Gesundheits-Fragebogen Anästhesie

### GEPLANTER EINGRIFF

Name ..... Vorname .....  
Geburtsdatum ..... Datum der geplanten Operation .....  
Was wird operiert ..... Welcher Arzt operiert Sie .....

### Bitte unbedingt angeben!

Körpergrösse ..... cm Gewicht ..... kg

**Bitte vollständig ausfüllen, ankreuzen, Zutreffendes unterstreichen und/oder erwähnen:**

### FRÜHERE OPERATIONEN

Art der Anästhesie:

Wann ..... Welche .....  allgemein  regional  
Wann ..... Welche .....  allgemein  regional  
Wann ..... Welche .....  allgemein  regional

**Sind dabei Zwischenfälle bei der Anästhesie aufgetreten?**

ja  nein

Wenn ja, welche .....

**Traten nach der Anästhesie Beschwerden auf?**

ja  nein

Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kältezittern, Atembeschwerden,  
Hals- und Schluckbeschwerden, Kopfschmerzen, Hörprobleme, Gefühlsstörungen

Andere .....

### ALLGEMEINE FRAGEN

**Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?**

ja  nein

Wenn ja, weshalb .....

**Rauchen Sie?**

ja  nein

Wenn ja, wieviel .....

**Trinken Sie Alkohol?**

ja  nein

Wenn ja, wieviel .....

**Konsumieren Sie Drogen?**

ja  nein

Wenn ja, was .....

**Könnte eine Schwangerschaft bestehen?**

ja  nein

**Tragen Sie Zahnersatz?** Herausnehmbare Prothesen, Stiftzahn, Implantat, Krone

ja  nein

**Haben Sie lockere Zähne?**

ja  nein

**Tragen Sie ein Hörgerät?**

ja  nein



**WAREN ODER SIND SIE AN FOLGENDEN ORGANSYSTEMEN KRANK?**

**Herz**  ja  nein  
Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler,  
Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen,  
Atemnot bei Anstrengungen oder beim Flachliegen

oder .....

**Kreislauf**  ja  nein  
Bluthochdruck, niedriger Blutdruck

oder .....

**Gefässe**  ja  nein  
Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen

oder .....

**Lungen und Atemwege**  ja  nein  
Lungenentzündungen, Tuberkulose, Staublunge,  
Lungenemphysem, Asthma, chronische Bronchitis,  
Lungenembolie, Husten/Auswurf

oder .....

**Speiseröhre, Magen, Darm**  ja  nein  
Sodbrennen, häufiges Erbrechen,  
Geschwür, Verdauungsprobleme

oder .....

**Nieren und Harnwege**  ja  nein  
Nierensteine, Entzündungen, erhöhte Nierenwerte,  
Dialyse, Blasenentzündungen

oder .....

**Stoffwechsel**  ja  nein  
Zuckerkrankheit (Diabetes), Gicht, erhöhte Blutfette

oder .....

**Schilddrüse**  ja  nein  
Über- oder Unterfunktion, Kropf

oder .....

**Augen**  ja  nein  
Linsentrübung, grüner Star, Pupillendifferenz,  
Sehstörungen, Sehschwäche

oder .....

**Bewegungsapparat**  ja  nein  
Gelenkerkrankungen, Rückenbeschwerden, Haltungsschaden,  
Schulter- oder Armschmerzen

Gab es oder gibt es Muskelerkrankungen bei Ihnen oder bei Blutsverwandten?  ja  nein

**Blut**  ja  nein  
Blutgerinnungsstörungen (häufiges Nasen- und Zahnfleischbluten, blaue Flecken), Blutarmut (Anämie)

oder .....

**Nerven**  ja  nein  
Hirnschlag oder Streifung, Anfallsleiden (Epilepsie),  
Lähmungen, Gefühlsstörungen, Vergesslichkeit,  
Konzentrationsschwäche, Kopfschmerzen, Migräne

oder .....

**Gemüt**  ja  nein  
Depression

oder .....

**Allergie**  ja  nein  
Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen  
Medikamente, Latex, Jod, Nahrungsmittel,  
Heftpflaster, Kontrastmittel, Kosmetika, Metalle

oder .....

**Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?**  ja  nein  
(Ev. separate Medikamentenliste beilegen)

welche .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Bitte das ausgefüllte Formular per E-Mail senden an m-a-s@hin.ch oder per Post an:**  
Mobile Anästhesie Systeme AG  
Täfernstrasse 16  
CH-5405 Dättwil AG

**Das Formular bitte zusätzlich ausdrucken, unterzeichnen und zum Termin mitbringen.**

Senden

Drucken

## Patienteninformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Mobilen Anästhesie Systeme AG Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

**Verantwortlichkeiten** Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist die Mobile Anästhesie Systeme AG. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an Telefon: 044 748 24 25 oder Email: [info@mas-ag.ch](mailto:info@mas-ag.ch)

**Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung** Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Behandlungsvertrages und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt einerseits durch die/den behandelnde/n Ärztin/Arzt im Rahmen Ihrer Behandlung. Andererseits erhalten wir auch Daten von weiteren Ärztinnen/Ärzten und Gesundheitsfachpersonen, bei denen Sie in Behandlung waren oder sind, falls Sie hierfür Ihre Einwilligung gegeben haben. In Ihrer Krankengeschichte werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Patientenformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem das im Rahmen der Behandlung durchgeführte Aufklärungsgespräch, erhobene Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapieplanung und Befunde.

**Dauer der Aufbewahrung** Ihre Krankengeschichte wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

**Weitergabe der Daten** Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.
- Die Weitergabe der notwendigen Patienten- und Rechnungsdaten an das Inkassobüro erfolgt zwecks Inkasso (Einziehen von fälligen Geldforderungen).

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

**Widerruf Ihrer Einwilligung** Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

**Auskunft, Einsicht und Herausgabe** Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Krankengeschichte einsehen oder auch eine Kopie verlangen. Die Herausgabe der Kopie kann kostenpflichtig sein. Allfällige Kosten, welche vom Aufwand der Erstellung der Kopie abhängen, werden Ihnen vorgängig bekannt gegeben.

**Recht auf Datenübertragung** Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

**Berichtigung Ihrer Angaben** Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.