

Institution:
Strasse:
PLZ/Ort:
Telefon:
Ansprechpartner:

Einverständniserklärung

<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Patientin	<input type="checkbox"/> Vormund/Beistand/ vertretungsberechtigte Person
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Strasse:
Zimmernummer:	PLZ/Wohnort:
	Telefon:
Einverstanden mit E-mailkorrespondenz & Newsletter. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	E-Mail:
Kostenträger: <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen zu AHV/IV <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Andere: _____	Rechnungsadresse: / Mailadresse: * Abrechnung erfolgt nach Tarifempfehlung des Verbandes der Swiss Dental Hygienists.
	Gewünschter Behandlungs-Recall: <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 4 Monate (empfohlen) <input type="checkbox"/> 6 Monate

Name und Adresse Zahnärztin/Zahnarzt:

Name und Adresse Hausärztin/Hausarzt:

Ich wurde über die dentalhygienische Behandlung (Vorteile/Nachteile/Kosten) hinreichend aufgeklärt und erkläre mich damit einverstanden.

Schweigepflicht, Datenschutz, Gerichtsstand und anwendbares Recht

- Im Falle einer gewünschten Behandlung darf SimplySmile alle nötigen Daten von Ärzten, Zahnärzten, Einrichtungen, Medizinalpersonen erfragen und im Falle einer Weiterüberweisung darf SimplySmile alle Daten übermitteln, die SimplySmile für diesen Zweck als geeignet erachtet.
- Im Falle einer Einholung von Kostengutsprachen darf SimplySmile den Krankenkassen oder Ämtern alle Daten übermitteln, die SimplySmile für diesen Zweck als geeignet erachtet. Die Adressangaben können zu administrativen Zwecken verarbeitet werden.
- SimplySmile darf direkt mit der zuständigen Durchführungsstelle für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV abrechnen.
- Anonymisierte Daten dürfen zu Forschungszwecken verwendet werden.
- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Es gilt der Gerichtsstand Schaffhausen und das schweizerische Recht.

Ort, Datum und Unterschrift
(Patientin/Patient/Vertreter):
