

Institution: Seniorenzentrum «Im Reiat»  
 Strasse: Blumenstrasse 19  
 PLZ/Ort: 8240 Thayngen  
 Zimmernummer:  
 Telefon:  
 Ansprechpartner:



Erlistrasse 44  
 8454 Buchberg

www.simplysmile.ch  
 info@simplysmile.ch  
 +41 (0) 43 810 70 74

### Einverständniserklärung

<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Patientin	<input type="checkbox"/> Vormund/Beistand/ vertretungsberechtigte Person
Nachname:	Nachname:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Strasse:
AHV-Nummer:	PLZ/Wohnort:
	Telefon:
	Email:
<b>Kostenträger:</b> <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in <input type="checkbox"/> KVG/UVG/IV <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen zu AHV/IV <input type="checkbox"/> Sozialamt Andere: _____	<b>Rechnungsadresse:</b>
Zuständige Durchführungsstelle für Ergänzungsleistungen zur AHV/IV:	<b>Gewünschter Behandlungs-Recall:</b> <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate (empfohlen) <input type="checkbox"/> 12 Monate

Name/Adresse des Zahnarztes: \_\_\_\_\_

Name/Adresse des Hausarztes: \_\_\_\_\_

**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 für Forschungszwecke verwendet werden.
- Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.
- Es gilt der Gerichtsstand Schaffhausen und das Schweizerische Recht.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift (Patient/ Vertreter)