Datenschutzinformation und Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

Praxis für Zahnheilkunde am Hofgarten, Marcel Lambrich

1. Verantwortlicher

Praxis für Zahnheilkunde am Hofgarten, Marcel Lambrich
Am Hofgarten 1–2, 53113 Bonn
Telefon: 0228 – 21 85 57 · E-Mail: praxis@zahnarzt-lambrich.de
Datenschutzbeauftragter (falls benannt): _____

2. Welche Daten wir verarbeiten

Zur Durchführung Ihrer zahnärztlichen Behandlung verarbeiten wir folgende personenbezogene Daten:

- Stammdaten: Name, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Versicherungsstatus, Krankenkasse und Versichertennummer
- Gesundheitsdaten: Anamnese, Befunde, Diagnosen, Behandlungsverlauf, Röntgenaufnahmen und andere Bilddaten, Medikation, Allergien, Behandlungsplanung
- Abrechnungsdaten: erbrachte Leistungen, Rechnungen, Zahlungsinformationen

3. Zwecke und Rechtsgrundlagen

- Durchführung der Behandlung und Dokumentation (Behandlungsvertrag): Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG
- Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung: Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO, Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO sowie die einschlägigen Vorschriften des SGB V
- Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (z. B. § 630f BGB, Strahlenschutzrecht): Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO
- Terminerinnerungen und Kommunikation per E-Mail, SMS oder Telefon: nur mit Ihrer Einwilligung, Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO
- Weitergabe an private Abrechnungsstellen: nur mit Ihrer Einwilligung, Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO, § 203 StGB

4. Empfänger Ihrer Daten

Ihre Daten werden nur weitergegeben, soweit dies für Ihre Behandlung erforderlich ist, gesetzlich vorgeschrieben ist oder Sie eingewilligt haben. Mögliche Empfänger sind:

- Krankenkassen, private Krankenversicherungen und Kassenzahnärztliche Vereinigung
- Zahntechnische Labore, Fachärzte, Kliniken und mitbehandelnde Ärzte (z. B. bei Überweisungen)
- Abrechnungsstellen (nur mit Einwilligung)
- IT-Dienstleister und Softwareanbieter der Praxisverwaltung im Rahmen einer Auftragsverarbeitung nach Art. 28 DSGVO
- Behörden, soweit eine gesetzliche Pflicht besteht

Die Praxis ist an die Telematikinfrastruktur angeschlossen. Daten können dort im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben verarbeitet werden, zum Beispiel für die elektronische Patientenakte.

Eine Übermittlung in Drittländer außerhalb der EU/des EWR findet [nicht] statt.

5. Speicherdauer

Behandlungsunterlagen bewahren wir grundsätzlich zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung auf (§ 630f Abs. 3 BGB). Für Röntgenaufnahmen und weitere Unterlagen gelten gegebenenfalls andere gesetzliche Fristen, zum Beispiel nach dem Strahlenschutzgesetz. Nach Ablauf der Fristen werden die Daten gelöscht oder vernichtet, sofern keine längere Aufbewahrung gesetzlich erforderlich ist.

6. Ihre Rechte

Sie haben nach der DSGVO folgende Rechte:

- Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten (Art. 15)
- Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16)
- Löschung, soweit keine Aufbewahrungspflichten entgegenstehen (Art. 17)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18)
- Datenübertragbarkeit (Art. 20)
- Widerspruch gegen Verarbeitungen, die auf berechtigtem Interesse beruhen (Art. 21)
- Widerruf erteilter Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft, jederzeit und ohne Angabe von Gründen (Art. 7 Abs. 3)

Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an die Praxis (Kontaktdaten siehe Punkt 1). Sie haben außerdem das Recht, sich bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 DSGVO). Zuständig ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf, www.ldi.nrw.de.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist für die Behandlung erforderlich. Ohne diese Daten können wir Sie nicht oder nur eingeschränkt behandeln.

7. Einwilligungen

Bitte kreuzen Sie an, was Sie möchten. Die Einwilligungen sind freiwillig und jederzeit widerrufbar. Eine Ablehnung hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

[ ] **Terminerinnerung:** Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich per [ ] E-Mail [ ] SMS [ ] Telefon an Termine erinnert und Terminänderungen mitteilt.

[ ] **Private Abrechnung:** Ich entbinde die Praxis insoweit von der Schweigepflicht, als dies für die Abrechnung durch eine externe Abrechnungsstelle erforderlich ist. Die Weitergabe meiner Abrechnungsdaten an _____ ist mir bekannt.

[ ] **E-Mail-Kommunikation:** Ich bin damit einverstanden, dass mir die Praxis Befunde, Kostenpläne und Rechnungen per E-Mail sendet. Mir ist bewusst, dass unverschlüsselte E-Mails von Dritten mitgelesen werden können.

[ ] **Information an Mitbehandler:** Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis zur Abstimmung der Behandlung mit meinem Hausarzt und mitbehandelnden Ärzten Befunde austauscht. Hausarzt: _____

8. Bestätigung und Unterschrift

Ich habe die Datenschutzinformation gelesen und hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Kenntnisnahme und erteile die oben angekreuzten Einwilligungen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Bei Minderjährigen oder Betreuten: Name und Unterschrift der gesetzlichen Vertreter:
_____