Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Anmeldung

Patient/in:		
Name	Vorname	geb. am
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon mobil	privat	geschäftlich*
E-Mail		
Arbeitgeber*	Beruf*	*Angabe freiwillig
Name der Versicherung/Krankenkasse		
☐ beihilfeberechtigt	☐ freiwillig versichert?	
☐ Zusatzversicherung	wenn ja, bei wem	
☐ Kostenerstattung	☐ Basistarif	

Versicherte/r (nur falls anders als oben angegeben)

Name	Vorname	geb. am
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Arbeitgeber*		*Angabe freiwillig

Liebe Patientin, lieber Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte und Zahnärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Vorderseite unter „Ihre Rechte“). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie beim Datenschutz haben.

1. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte und ZahnArzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte und ZahnArzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen oder Röntgenbildern). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

2. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir ubernmitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere ZahnArzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassen(zahn)arztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatarztliche Verrechnungsstellen sein. Die ubernmittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die ubernmittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

3. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Rontgenaufzeichnungen gemäß § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

4. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Daten-Übertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr gesondertes Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehore für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehore lautet:

Name/Anschrift:

5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Die Datenschutzbeauftragte/n sind Sache der Bundesländer und daher regional organisiert.

Übersicht: https://www.datenschutz-wiki.de/Aufsichtsbehörden_und_Landesdatenschutzbeauftragte

Name/Anschrift:

6. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG IN DER ZAHNARZTPRAXIS

Verantwortlicher i. S. d. Art. 4 Nr. 7 DSGVO:

Praxisname, Adresse, Kontaktdaten:

(Falls vorhanden, ansonsten ggf. streichen): Unsere(n) Datenschutzbeauftragte(n) erreichen Sie unter:

Name, Telefon, E-Mail-Adresse:

Ihr Praxisteam