

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
------	---------	---------------------------

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 in puncto Datenschutz haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung ist:

Dentalplus GmbH
Egerstraße 7
65205 Wiesbaden
Tel.: 0611 - 95 000 70
E-Mail: datenschutz@dentalplus.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter:

per Telefon: 0611- 95 000 70
per E-Mail: datenschutz@dentalplus.de
per Brief: Dentalplus GmbH, Egerstr. 7, 65205 Wiesbaden
per Fax: 0611 - 72 13 16

2. 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, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte/Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Zahnärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Unfallkassen, Berufsgenossenschaften, der Medizinische Dienst der Krankenkasse, Zahnärztekammern und zahnärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung 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 Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. 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 Röntgenaufzeichnungen laut §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie 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 Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr 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 Aufsichtsbehörde 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 Aufsichtsbehörde lautet:

Hessischer Datenschutzbeauftragter
Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch
Postfach 3163
65021 Wiesbaden

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, das ich die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe:

X

Datum, Ort, Unterschrift

Patient

Name	Vorname	Geburtsdatum / Geburtsort
------	---------	---------------------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Zuge der Gesunderhaltung Ihrer Zähne ergeben sich Rückfragen, Benachrichtigungen und wiederkehrende Termine. Hierzu möchten wir mit Ihnen in Kontakt treten - auf dem einfachst möglichen Weg, ob per Briefpost, Telefon, E-Mail oder SMS/Messenger.

Leider sind wir aufgrund der aktuellen Datenschutzbestimmungen verpflichtet, auch hierfür Ihr Einverständnis einzuholen, welches wir hiermit erbitten.

Wir haben eine kleine Bitte und benötigen dafür Ihre Mithilfe.

In der heutigen Zeit müssen wir auch Online immer aktuell sein, und da wir sehr stolz auf unsere Arbeit sind, möchten wir dies gerne auch anderen Patienten zeigen. Deshalb würde es uns sehr freuen, wenn Sie uns hierfür Ihre Erlaubnis geben:

- Hiermit erteile ich die Erlaubnis und das Einverständnis, dass Fotografien von meinen Zähnen im Zusammenhang mit meiner Behandlung auf der Dentalplus Internetseite und den Social-Media-Kanälen veröffentlicht werden dürfen. Es besteht und ergibt sich daraus kein Haftungsanspruch gegenüber der Dentalplus GmbH in Art und Form der Nutzung der Bilder - zum Beispiel für das Herunterladen von Bildern und deren anschließender Nutzung durch Dritte. Wir weisen darauf hin, dass die Fotos bei der Veröffentlichung im Internet weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung dieser Fotos durch Dritte kann daher generell nicht ausgeschlossen werden.
Ihre Fotos werden ohne Namensbezug oder Identifikationsmöglichkeit veröffentlicht!
- Ich möchte keine Verwendung von Fotografien meiner Behandlung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

X

Datum, Ort, Unterschrift