

Patienteninformation zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig!

Entsprechend der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie daher hiermit, zu welchen Zwecken unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte Sie in Bezug auf Datenschutz haben.

1. Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt / Zahnarzt zu erfüllen. Dazu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten, z. B. Ihre Krankengeschichte, Befund, Diagnosen, und Therapien. Dabei nutzen wir auch Daten, die uns andere Behandler zur Verfügung stellen, wenn Sie damit einverstanden sind.
2. Wir geben diese Daten nur an Dritte weiter, wenn dies den gesetzlichen Regelungen entspricht oder Sie die Einwilligung gegeben haben. Empfänger dieser Daten sind vor allem Ärzte, Zahnärzte und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Krankenkasse, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammer, Versorgungsämter und privatärztliche Verrechnungsstellen.
3. Wir speichern Ihre Daten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben für mindestens 10 Jahre.
4. Sie haben folgende Rechte in Bezug Ihrer Daten:
 - a. Sie können Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten erhalten.
 - b. Sie können die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.
 - c. Sie können Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer Daten widerrufen.
 - d. Sie können sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt: Landesbeauftragter für Datenschutz, Kavalleriestraße 2- 4, 40213 Düsseldorf, Tel: 0211/ 384240
5. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 DSGVO sowie § 22 Absatz 1 Nr. 1 Bundesdatenschutzgesetz.

Sie haben noch Fragen? Dann wenden Sie sich jederzeit an uns:

Wir helfen Ihnen gerne!

Ihr Praxisteam Dr. Oliver Große

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Name, Vorname der Patientin/ des Patienten _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

Name, Vorname des Hauptversicherten _____

geboren am _____ weiblich männlich

Straße _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Telefon (mobil) _____

Liebe Patientin/ lieber Patient, liebe Eltern,
die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und unserer Praxis und damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogenen Daten verarbeitet:

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

Diese Personen bezogenen 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 Vereinigung, Krankenkasse 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 Punkt 4), Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten