

DATENSCHUTZINFORMATION



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,
sehr geehrte Eltern,

gemäß des neuen Datenschutzrechtes (nach Art. 6 DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und bitten Sie daher durch Ihre Unterschrift um Einwilligung in unsere nachfolgend aufgeführten internen Datenschutzmaßnahmen:

Informationen zum internen Umgang mit der aktuellen Datenschutzverordnung
<ul style="list-style-type: none">• In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.
<ul style="list-style-type: none">• Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle Mitarbeiterinnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung Sie / Ihr Kind betreffende personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus etc.). Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten (Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

Verarbeitungszwecke:

- Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke
- Feststellung der Identität
- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs; Abrechnung der Leistungen Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten Abwehr von Haftungsansprüchen,
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)

3. Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

- Art. 6 DSGVO
- Bundesmantelvertrag – Zahnärzte BMVZ, Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- Sozialgesetzbuch, Bürgerliches Gesetzbuch

4. Empfänger personenbezogener Daten:

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an

- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft ABZeG
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit- oder Nachbehandelnde (Zahn)ärzte
- Zahntechniker/Fremdlabore
- Zahnärztliche Softwarefirmen Computer forum + Computer konkret

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie unter folgendem Link: „<https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/>“

5. Aufbewahrung und Löschung

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

6. Ihre Rechte

Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechtigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

7. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffenen:

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen. Soweit wir Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis. Wird eine Einwilligung in diese Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), können wir die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein.

Name des Patienten/der Patientin

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten