

Patienteninformation zum Datenschutz

Unsere Praxis ist dazu verpflichtet, jeden Patienten eine Erklärung bezüglich der Verwaltung seiner Daten wie folgt unterzeichnen zu lassen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten innerhalb der Praxis „Preuß – Die Zahnärztepraxis“ allen Zahnärzten und Mitarbeitern offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. (Alle Zahnärzte und Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.)

Zwecke 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 Anamnese, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder anderen Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen, Röntgenaufnahmen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

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 sind in erster Linie Ärzte, das zahntechnische Labor sowie Rechenzentrum und Krankenkasse (bzw. private Krankenversicherung).

Speicherung Ihrer Daten:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie die aktuelle Gesetzeslage es vorgibt.

Ihre Rechte:

In speziellen Einzelfällen besteht die Möglichkeit, Auskunft über personenbezogene Daten zu erhalten.

Rechtliche Grundlagen:

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

In unserem Wartezimmer liegt für jeden Patienten einsehbar eine ausführliche Erklärung über unsere Datenerhebung und Verarbeitung. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Möchten sie eine Kopie der Datenschutzerklärung, sprechen Sie uns an.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Hierzu reicht es aus, dass ich meinen Widerruf der Praxis beispielsweise per E-Mail mitteile. 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 S. 2 DS-GVO).

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich im Rahmen meiner Behandlung mit meinem Namen im Wartezimmer aufgerufen werde.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis mich per Telefon/SMS/E-Mail kontaktieren und an Kontrolltermine erinnern darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Datenschutzerklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Datum, Unterschrift _____