



PATIENTENINFORMATION NACH ART. 13 DSGVO

Liebe Patienten, liebe Patienteltern,

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist Dr. Caroline Schmalstieg.

Verarbeitete Daten

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)

Rechtsgrundlagen der Verarbeitung:

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

1. Art. 6 DSGVO
2. Bundesmantelvertrag - Zahnärzte BMVZ
3. Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
4. Sozialgesetzbuch
5. Bürgerliches Gesetzbuch
6. GOZ 1988, GOZ 2012, Bema 2004, Bezäk
7. Gebührenordnung Zahnärzte

Empfänger personenbezogener Daten:

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

1. Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
2. Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
3. Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
4. Mit- oder Nachbehandelnde (Zahn)ärzte (soweit eine gesonderte Einwilligung vorliegt)
5. Zahntechniker (auch digital / online) / Fremdlabore / Hersteller von Zahnsparren, Aligern, Retainern.

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.

Ihre Rechte

Ihnen stehen folgenden Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15-22 DSGVO zu:

1. Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
2. Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechnigte Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
3. Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechnigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
4. Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für unser Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte
Postfach 3163
65021 Wiesbaden
Poststelle@datenschutz.hessen.de

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 hatte ausreichend Zeit, die vorstehenden Informationen zu lesen.

Unterschrift Patientin / Patient
oder gesetzlicher Vertreter

Giessen, den: _____