

# **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**

Stephan Borchardt  
Brunnenstr. 281  
41069 Mönchengladbach  
02161-22422 – zaborchardt@gmx.de

## **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, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden etc., bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Ordinationen, Überweisungen, Arztbriefen etc). 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 erforderlich und gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte oder Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Zahntechniker, die Kassenzahnärztliche Vereinigung, Beihilfestellen, private Krankenversicherungen, gesetzliche Krankenkassen, Gutachter, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und privat(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen sowie Steuerberater und die Finanzverwaltung sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zur Abstimmung von zahnmedizinischen und interdisziplinären Sachverhalten in Bezug auf Ihre allgemeine oder Zahngesundheit, zur Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von Fragen, die sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergeben, sowie ggf. erforderlichenfalls durch Vorlage von Dokumenten, die Ihre Daten beinhalten, beim Steuerberater bzw. bei der Finanzverwaltung. In jedem Fall erfolgt die Übermittlung von Daten ausschließlich an weitere berechnigte Empfänger.

## **4. SPEICHERUNG IHRER DATEN**

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur so lange auf, wie dies für die Durchführung Ihrer Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten

mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften ergeben sich ggf. längere Aufbewahrungsfristen.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen 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: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf ([www.ldi.nrw.de](http://www.ldi.nrw.de))

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

## 6. VORSORGE-UNTERSUCHUNGEN

Sie erklären sich damit einverstanden, dass ihre Daten für einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) per

Postkarte       E-Mail       Telefon

verwendet werden dürfen.

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ihr Praxisteam

.....  
zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Patient(in) / Erziehungsberechtigte(r) / Vormund