

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

Praxisname: Zahnarztpraxis Isabella Zimmermann

Adresse: Herzog-Wilhelm-Str. 17 in 83278 Traunstein

Nach Berücksichtigung aller Angestellten und Behandler liegen wir unter der im BDSG-neu beschriebenen Grenze von 10 Personen, die ständig mit der Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu tun haben. Die Bereitstellung eines Datenschutzbeauftragten ist deshalb nicht erforderlich. Die Bearbeitung von Gesundheitsdateien alleine ist Lt. BayLDA und BLZK nicht ausschlaggebend für eine Bestellung.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten (Angaben zur Person wie z.B. Versicherungsstatus). Zweck der Verarbeitung ist der Behandlungsvertrag, Recall, Terminerinnerung, sowie Fragenbeantwortung auch per Email und SMS.

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

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 gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger, wie beispielsweise der Steuerberater, Labor, Gutachter, Röntgenstelle der BLZK.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben (BMV-Z, EKV-Z, Berufsordnung, oder auch steuerliche Gründe Lt. Abgabenverordnung = Steuerrecht), sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung (zB. Röntgenkontrollbuch oder zur Absicherung beim Vorwurf von Kunstfehlern)

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 unter bestimmten Voraussetzungen 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.

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.

Artikel 6b DSGVO zur Erfüllung eines Vertrages in Verbindung vgl. §28 BDSG-neu und auch der Artikel 6a Aufgrund einer Einwilligung vgl. §4a DBSG.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Praxis für Zahnheilkunde Isabella Zimmermann

Herzog-Wilhelm-Straße 17 - 83278 Traunstein
Telefon: 0861 2099585 - Fax: 0861 2099485
praxis@diezahnfeen.de - www.diezahnfeen.de

Patientenaufklärung zum Datenschutz / Patientenaufnahmebogen

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.

Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Nachname: _____ Telefon (privat): _____
Vorname: _____ Telefon (Arbeit): _____
Geburtsdatum: _____ Handy: _____
Beruf: _____ Email: _____
Straße, Hausnr.: _____ Krankenkasse: _____
PLZ, Ort: _____

Hauptversicherter (gilt nur für Familienversicherte):

Nachname: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Befundübermittlung / Schweigepflichtentbindung

gegenüber vor- und weiterbehandelnde Ärzte unter anderem Hausarzt, Physiotherapeut:

Praxis: _____ Adresse: _____
Praxis: _____ Adresse: _____
Praxis: _____ Adresse: _____
Praxis: _____ Adresse: _____

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderer Personen (zB. Familie)

Vor- / Nachname: _____ Adresse: _____
Vor- / Nachname: _____ Adresse: _____
Vor- / Nachname: _____ Adresse: _____
Vor- / Nachname: _____ Adresse: _____

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir auf eigenen Wunsch Befunde per Mail übermittelt werden dürfen. Ich wurde darüber informiert, dass dies unter Umständen eine unsichere Datenübertragung sein kann.

Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen zB. Terminerinnerungen, vergessene Termine, Recalls etc schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja Nein

Ich wurde heute über die am 25.Mai 2018 in Kraft eingetretene neue Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union aufgeklärt, und bin damit einverstanden, dass meine Daten an Dritte übermittelt werden, wenn dies notwendig ist (unter anderem KZVB, Krankenkasse, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, privatärztliche Verrechnungsstellen).

Traunstein, den _____

Unterschrift des Pat. oder ggf. gesetzlicher Vertreter