



## Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (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 beim Datenschutz haben:

### Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund 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 diesem Zweck können uns auch Ärzte und Zahnärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zu Verfügung stellen (z. B. in Arztbriefen oder Röntgenbildern). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

### Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist und Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker etc. Psychotherapeuten, Kassen(zahn)ärztliche 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 ergebende Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

### Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies zur Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Auf Grund rechtlicher Vorgaben 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 gemäß §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung nicht korrekter Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung Ihrer 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 gesondertes 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 ist.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet:

Name, Adresse und Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus und Bankverbindung, Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren (z. B. Röntgenbilder).

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn es aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Zahnärzte, Ärzte, Zahntechniker, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen oder privatärztliche Verrechnungsstellen und nur in dem Umfang, der zur Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o. g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt (siehe Punkt 4 "Ihre Rechte"). Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter

## Ausfallhonorar Patientenbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Die Praxis ZahnKunst ist eine Bestellpraxis. Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen, ohne uns darüber rechtzeitig, d. h. mindestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin, zu informieren, können dadurch erhebliche finanzielle Einbußen durch Ausfallzeiten unseres Praxisteams entstehen.

Dies gilt insbesondere dann, wenn in der für Sie vorgesehenen Behandlungszeit keine anderen Patienten behandelt werden können. Für diesen Fall wird Ihnen daher ein Ausfallhonorar in Höhe von **50,00 Euro** für jede vereinbarte halbe Stunde in Rechnung gestellt werden, es sei denn, Ihr Fernbleiben war unverschuldet. In diesem Fall haben Sie dem Zahnarzt die Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen und ggf. nachzuweisen.

*Ihr Praxisteam ZahnKunst*

Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Zur Kenntnis genommen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter/Versicherter