

## **Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten**

Sehr geehrte Patientin,

sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden.

Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z.B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gemäß Art. 6 Abs. 1b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist Herr Dr. Max Mustermann, Musterstraße 1 in 12345 Musterort. Kontaktdaten: E-Mail: [info@dr-mustermann.de](mailto:info@dr-mustermann.de) und Telefonnummer 0123 – 45 67 89.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang.

Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im Übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Bundesland, Frau/Herr Beispiel, Beispielsstraße 1, 0123 Beispielort, E-Mail: [poststelle@beispiel.de](mailto:poststelle@beispiel.de), zu.

Ihr Praxisteam

Dr. Max Mustermann

## Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben Ihnen die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ überreicht. Hierin wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir Ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder bei gesetzlichen Versicherten zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Therapeuten, Labore) übermitteln zu dürfen (mittels Arztbrief, Telefonat, E-Mail o.ä.), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Mit- oder Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Auch benötigen wir Ihre Einwilligung, um Ihnen unsere weiteren Service-Angebote wie Erinnerung an Termine oder Zusendung von Informationsmaterial o.ä. anbieten zu können. Die notwendigen Einwilligungen können Sie uns im Folgenden freiwillig erteilen:

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

dass ich damit einverstanden bin, dass Dr. Max Mustermann, Musterstr. 1 in 12345 Musterort

- meine Daten über die zahnärztliche Behandlung an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Labore und Therapeuten übermittelt.  Ja  Nein
- meine Daten über die zahnärztliche Behandlung anonymisiert zum fachlichen Austausch mit Zahnärzten und/oder Ärzten im Rahmen von Qualitätszirkeln nutzt.  Ja  Nein
- meine Daten für den Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchung oder die professionelle Zahnreinigung (Recall) sowie für die Erinnerung an Termine verwenden darf.  Ja  Nein
- meine Daten für die Zusendung von Gesundheits- und Praxis-Informationen verwenden darf.  Ja  Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber Herrn Dr. Max Mustermann nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die die Praxis Dr. Max Mustermann für die oben getätigte Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten über die zahnärztliche Behandlung an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Labore und Therapeuten von der Schweigepflicht.

Die oben getätigten Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Musterort, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient