

FORMULAR 03 · DATENSCHUTZ

DSGVO-Information & Einwilligung

Information nach Art. 13 DSGVO sowie Einwilligungserklärung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO. Bitte sorgfältig lesen und unterzeichnen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

1 · VERANTWORTLICHER

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten:

Dr. med. dent. Ambrosius Schmidt · Praxis Ambrosius Schmidt
Mülheimer Str. 65 · 51375 Leverkusen
Telefon (0214) 5 00 51 51 · info@dr-ambrosius-schmidt.de

2 · ZWECKE UND RECHTSGRUNDLAGEN

Wir verarbeiten Ihre Daten ausschließlich für folgende Zwecke:

- Durchführung der zahnärztlichen Heilbehandlung, Diagnostik, Therapie und Dokumentation
- Abrechnung gegenüber Krankenkasse, Beihilfe, privater Krankenversicherung oder Verrechnungsstelle
- Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten
- Kommunikation mit Ihnen (Terminorganisation, Rückfragen)

Rechtsgrundlagen: Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG (Gesundheitsvorsorge / Behandlung), Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Behandlungsvertrag), Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO (gesetzliche Pflichten) sowie — soweit Sie einwilligen — Art. 9 Abs. 2 lit. a und Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

3 · EMPFÄNGER IHRER DATEN

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur, soweit dies zur Behandlung, Abrechnung oder aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist — insbesondere an: zahntechnische Labore, mit- und weiterbehandelnde Ärzt*innen, Krankenkassen / private Krankenversicherer / Beihilfestellen, privatärztliche Verrechnungsstellen, Steuerberatung und IT-Dienstleister im Rahmen von Auftragsverarbeitung (Art. 28 DSGVO). Eine Übermittlung in Drittländer findet nicht statt.

4 · SPEICHERDAUER

Patientenunterlagen werden gemäß § 12 Berufsordnung für Zahnärzte sowie § 630f BGB grundsätzlich **10 Jahre** nach Behandlungsabschluss aufbewahrt. Röntgenaufnahmen unterliegen § 85 StrlSchG (i.d.R. 10 Jahre, bei Minderjährigen länger). Abrechnungsbelege werden bis zum Ende der handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert.

5 · IHRE RECHTE

Ihnen stehen die folgenden Rechte zu: Auskunft (Art. 15 DSGVO), Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO, soweit keine Aufbewahrungspflichten entgegenstehen), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) sowie Widerspruch (Art. 21 DSGVO). Erteilte Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO) — die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

6 · BESCHWERDERECHT

Sie können sich jederzeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen (LDI NRW)

Kavalleriestraße 2–4 · 40213 Düsseldorf · Telefon (0211) 38424-0 · www.ldi.nrw.de

7 · EINWILLIGUNGSERKLÄRUNGEN

7.1 Verarbeitung von Gesundheitsdaten zur Behandlung

Ich willige ein, dass die Praxis Ambrosius Schmidt meine Gesundheitsdaten zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung verarbeitet sowie — soweit erforderlich — an die unter Ziffer 3 genannten Empfänger weitergibt.

☐ Ich willige ein.

7.2 Terminerinnerung & Praxiskommunikation (optional)

Ich willige ein, dass mich die Praxis zur Erinnerung an Termine oder bei Rückfragen kontaktiert. Bevorzugter Kommunikationsweg:

☐ Telefon

☐ SMS

☐ E-Mail

☐ Brief

7.3 Kommunikation mit Mit- und Vorbehandler*innen (optional)

Ich entbinde die Praxis Ambrosius Schmidt von der Schweigepflicht gegenüber meinen mit- und vorbehandelnden Ärzt*innen, Zahnarzt*innen und Spezialist*innen, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Eine konkrete Schweigepflichtentbindung kann zusätzlich auf Formular 04 erfolgen.

☐ Ich willige ein.

Widerrufsrecht. Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen — schriftlich an die oben genannte Praxisadresse oder per E-Mail an info@dr-ambrosius-schmidt.de. Bitte beachten Sie, dass ein Widerruf der Einwilligung unter Ziffer 7.1 eine Fortsetzung der Behandlung in der Regel ausschließt, da die Verarbeitung der Gesundheitsdaten hierfür unverzichtbar ist.

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in / gesetzl.
Vertreter*in