

## Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patienten,

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. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in Bezug auf den Schutz ihrer personenbezogenen Daten haben

### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortliche:	Dr. Nele Bärsch
Praxisname:	Zahnarztpraxis Dr. Nele Bärsch
Adresse:	Heidrehmen 6, 22589 Hamburg
Kontaktdaten:	040 – 870 39 33 info@zahnarztpraxis-baersch.de

Sie erreichen unsere Datenschutzbeauftragte unter:

Praxisname:	Zahnarztpraxis Dr. Nele Bärsch
Adresse:	Heidrehmen 6, 22589 Hamburg
Kontaktdaten:	040 – 870 39 33 info@zahnarztpraxis-baersch.de

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem behandelnden Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann dies unter Umständen die Sorgfalt der Behandlung negativ beeinflussen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten wie Anamnese, Befunde, Diagnosen und Therapievorschlüsse, die von uns erhoben bzw. gestellt werden.

Zu diesem Zweck kann es zu einem Austausch dieser Daten mit andere (Zahn)Ärzten, bei denen Sie in Behandlung sind oder waren, kommen, beispielsweise als Arztbrief, im Rahmen einer Überweisung oder von Notfallbehandlungen und nach einem Praxiswechsel.

### 3. Empfänger der Daten

Ihre personenbezogenen Daten werden nur an Dritte übermittelt, sofern dies gesetzlich erforderlich ist und/oder Sie vorher eingewilligt haben.

Empfänger personenbezogener Daten sind vor allem andere (Zahn)Ärzte, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Zahnärztekammer und private(zahn)ärztliche Verrechnungsstellen

Die Übermittlung der Daten erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung von bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung medizinischer und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebender Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung an weitere berechnigte Empfänger.

#### 4. Speicherung Ihrer Daten

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir verpflichtet, Ihre Daten mindestens zehn Jahre bis nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Nach §28 Abs. 3 der Röntgenverordnung kann bei Röntgenaufnahmen eine deutlich längere Aufbewahrungsfrist vorgeschrieben sein.

#### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Darüber hinaus können Sie die Korrektur unrichtiger Daten verlangen.

Unter bestimmten Voraussetzungen steht Ihnen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Ferner steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu, sollten Sie der Ansicht sein, die Verarbeitung Ihrer Daten erfolge nicht rechtmäßig.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Basis gesetzlicher Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen habe Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Zuständige Aufsichtsbehörde:

Zahnärztekammer Hamburg

Anschrift:

Weidestraße 122b, 22083 Hamburg

Kontakt:

040 - 73 34 050

info@zaek-hh.de

#### 6. Rechtliche Grundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit §22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an uns.

Ihr Praxisteam

**Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogener Daten für folgende Zwecke zu: Recall-Anschreiben, Terminerinnerung per SMS, Telefonanrufe, Anschreiben per E-Mail und postalisch.**

**Des Weiteren verwenden wir Ihre Daten zur telefonischen Rückfrage, der Anforderung von Röntgenaufnahmen und Befunden sowie der Kommunikation mit Ihrer Krankenkasse, Ihrer Versicherung, Ihrer Zusatzversicherung und unserem zahntechnischen Labor.**

**Hiermit bestätige ich, die Informationen zum Datenschutz gelesen zu haben und zu akzeptieren.**

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift