DR. HÖLLEIN
Praxis für
Zahnheilkunde

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

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Dr. Sebastian Höllein in der Praxis Dr. Höllein - Praxis für Zahnheilkunde
Lupburger Straße 11 – 92331 Parsberg
info@praxisdrhoellein.de – 09492-6997

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. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge 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 berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund 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 laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

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.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)
Promenade 18 - 91522 Ansbach

DR. HÖLLEIN
Praxis für
Zahnheilkunde

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis Dr. Höllein – Praxis für Zahnheilkunde habe ich zu Kenntnis genommen.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

EINWILLIGUNG ZUR DATENWEITERGABE

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass Frau Dr. Anne Kathrin Höllein, Ästhetische Medizin & Praxismanagement, in Weiterbildung zur Fachärztin für Anästhesiologie & Intensivmedizin für ihre Tätigkeit bei der Praxis Dr. Höllein, Praxis für Zahnheilkunde, Lupburger Str. 11, 92331 Parsberg Einsicht in meine Patientendaten erhält, insbesondere auch soweit es sich dabei um personenbezogene Daten handelt (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe, etc.). Insoweit entbinde ich Herrn Dr. Sebastian Höllein ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

EINWILLIGUNG ZUM PATIENTEN-RECALL

Im Rahmen unseres Recall-Systems erinnern wir Sie an Ihren Zahnarztbesuch sowie an die regelmäßige Teilnahme an unserem Mundhygiene-Prophylaxe-Programm (PZR).

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-Service teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Formular ausdrucken

Dr. Sebastian Höllein
Praxis für Zahnheilkunde
Lupburger Str. 11
92331 Parsberg
Tel.: 09492 - 6997
Mail: info@praxisdrhoellein.de
www.praxisdrhoellein.de