

Patienteninformation nach Artikel 13 DSGVO

Liebe Patienten, liebe Patienteneltern!

Die Datenschutzgrundverordnung ist seit dem 25.05.2018 anzuwenden. Auch vor diesem Datum wurden die Daten unserer Patienten selbstverständlich vertraulich behandelt, seit dem 25.05.2018 sind wir allerdings verpflichtet Sie zu informieren und eine schriftliche Einwilligung unterschreiben zu lassen. In unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist Dr. Marion Langenkamp.

1. Verarbeitete Daten

Wir erheben, speichern und nutzen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung Sie/Ihr Kind betreffende personenbezogene Daten (Personalien, Versicherungsstatus etc.) Dabei handelt es sich zum Teil um Gesundheitsdaten. (Befundunterlagen, Röntgenbilder, diagnostische und therapeutische Unterlagen etc.).

2. Verarbeitungszwecke:

Die Verarbeitung erfolgt für folgende Zwecke

- Feststellung der Identität
- Erbringung zahnärztlicher/kieferorthopädischer Dienstleistungen
- Dokumentation der Behandlung
- Abwicklung des Zahlungsverkehrs, Abrechnung der Leistungen
- Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Informations-, Mitteilungs-, Auskunfts-, Aufbewahrungs- und sonstiger Pflichten
- Abwehr von Haftungsansprüchen
- Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen
- außergerichtliche und gerichtliche Forderungsbeitreibung für den Fall der Nichtzahlung durch den Patienten (auch über Dritte)

3. Rechtsgrundlagen der Vereinbarung:

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage der folgenden Regelungen

- Art. 6 DSGVO
- Bundesmantelvertrag-Zahnärzte BMVZ
- Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z)
- Sozialgesetzbuch
- Bürgerliches Gesetzbuch

4. Empfänger personenbezogener Daten:

Wir übermitteln Ihre Daten im Rahmen des Zulässigen und soweit erforderlich an

- Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)
- Krankenkassen
- Versicherungen oder Beihilfestellen
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit-oder nachbehandelnde (Zahn)ärzte
- andere Heilberufsangehörige
- Zahntechniker/Fremdlabore

5. Aufbewahrung und Löschung

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen auf. Im Anschluss löschen wir Ihre Daten, soweit nicht ein besonderes Interesse an der weiteren Aufbewahrung besteht.

6. Ihre Rechte

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Praxis nach Art. 15-22 DSGVO zu:

- Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und auf Datenübertragbarkeit
- Widerspruchsrecht gegen Verarbeitung, die auf berechnigte Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechnigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Sie haben das Recht gemäß Art. 77 DSGVO, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

7. Verpflichtung zur Bereitstellung durch Sie als Betroffenen:

Die Verarbeitung der genannten Daten ist für die Durchführung der Behandlung erforderlich. Im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Behandlung sind Sie gesetzlich verpflichtet, die erforderlichen Informationen im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflicht zu erteilen. Ohne die Verarbeitung insbesondere von Gesundheitsdaten können wir den Behandlungsvertrag nicht durchführen und müssten eine (Fortführung der) Behandlung ablehnen. Soweit wir Daten zum Zwecke der Abrechnung unserer Leistungen verarbeiten geschieht dies teilweise zur Verwaltungsvereinfachung in unserer Praxis. Wird eine Einwilligung in diese Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), können wir die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis Dr. Langenkamp

In unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten, der Patienteltern, erforderlich ist. Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer kieferorthopädischen Praxis üblich. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Die Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck Erforderliche beschränkt. Die Daten werden nach Zweckerfüllung gelöscht, soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht. Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulationen, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Verantwortliche für die Datenverarbeitung und Ihr Ansprechpartner für Fragen ist Dr. Marion Langenkamp.

- Recall: Ein regelmäßiger Besuch in unserer Praxis ist indiziert. Wir bieten Ihnen den Service Sie per e-Mail oder SMS an Ihren Termin zu erinnern
- Abrechnung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen Lippe (KZV)
- Krankenkassen
- Versicherungen oder Beihilfestellen
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit- oder nachbehandelnde (Zahn)ärzte
- andere Heilberufsangehörige
- Zahntechniker/Fremdlabore

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre. In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich Dr. Marion Langenkamp und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Patientennamen

Datum, Unterschrift Eltern / Unterschrift volljähriger Patient