



## Einverständniserklärung Schweigepflicht und persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ebenso werden diese zur Abrechnung der Leistungen an die Kassenzahnärztliche Vereinigung sowie ihre Krankenkasse übermittelt.

Ebenso wurde ich darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Die ärztliche Schweigepflicht ist grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten oder Institutionen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, zu beachten.

- Ich **willige ein**, dass meine Unterlagen ( Röntgenbilder, Befunde, usw...) an weiterbehandelnde Ärzte weitergegeben werden dürfen.
- Ich willige dem Versand meiner Unterlagen **nicht** ein.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name und Gebisszustand) für die Planung/ Herstellung meines Zahnersatzes oder einer Schiene dem Dentallabor übermittelt werden dürfen, auch dieses unterliegt der Schweigepflicht.

Eine Geheimhaltungspflicht besteht auch gegenüber den Familienangehörigen des Patienten.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem:

- deren Identität am Telefon festgestellt wurde
- diese persönlich in der Praxis erscheinen

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Dieses Formular wird regelmäßig aktualisiert und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Notwendig durch die neue EU - Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) mit Eintritt zum 25. Mai 2018.  
Datenschutzbeauftragte: Elisa Kimmelman

**bitte wenden** →



## **Patienteninformation zum Art.13 DSGVO**

### **Verarbeitungszwecke/ Rechtsgrundlage der Verarbeitung:**

- a) Die Feststellung der Identität
- b) Die Durchführung des Zahlungsverkehrs
- c) Die (außer - ) gerichtliche Forderungseinziehung im Falle der Nichtzahlung durch den Patienten (ebenso über Dritte)
- d) Die Erbringung von zahnärztlichen sowie zahntechnischen Dienstleistungen
- e) Die zahnärztlichen/ kieferorthopädische Berufsausübung im Sinne der Art. 12 DSGVO
- f) Die Erfüllung eigener gesetzlicher und vertraglicher Pflichten, wie z. B. Der Informations-, der Mitteilungs-, der Auskunfts-, und der Aufbewahrungspflicht sowie sonstiger Pflichten
- g) Die Abwehr von Haftungsansprüchen
- h) Die Durchsetzung von eigenen Vertragserfüllungsansprüchen

### **Mögliche Rechtsgrundlage der Verarbeitung:**

Die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten des Patienten gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO liegt vor **Sie haben die Möglichkeit die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten bis zum Widerruf bleibt bestehen.**

Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Behandlungsvertrags oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen gem. Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO und/ oder Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO notwendig

Die Verarbeitung ist zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich, der unserer Praxis unterliegt (art. 6 Abs.1 lit. d) DSGVO) Zur Wahrung des berechtigten Interesses der Praxis insoweit die Zwecke a-c aus dem Punkt Verarbeitungszwecke/Rechtsgrundlage verfolgt werden (Art. 6. Abs. 1 lit. f.)DSGVO)

### **Empfänger personenbezogener Daten:**

- Zahntechniker/ -labore zur Erbringung zahntechnischer Dienstleistungen
- Behörden, Gerichte und/oder Vollstreckungsorgane ( im Falle der Nichtzahlung von Forderung aus Behandlung/en)
- Banken zur Forderungseinziehung
- Schuldner einer gepfändeten Forderung oder bei der Abtretung der Schuldner einer abgetretenen Forderung (sog. Drittschuldner) zur Forderungseinziehung
- Parteien/ Vertragspartner aus Sicherungsverträgen zur Forderungseinziehung
- Gläubiger des Betroffenen zur Forderungseinziehung
- Rechtsberatungsunternehmen (sowie der Vertreter) zur Durchführung rechtsberatender Dienstleistung

### **Kriterien der Speicherdauer:**

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt bis zur vollständigen Erreichung des Erhebungszwecks, mindestens aber der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Im Falle einer Weiterverarbeitung durch Dritte bis zur Erreichung des Weiterverarbeitungszwecks. Bei vollständiger Zweckerreichung werden die Daten gelöscht.

### **Ihre Rechte als Betroffener der Datenverarbeitung:**

Ihnen stehen folgende Rechte gegenüber unserer Zahnarztpraxis gem. Art. 15 – 22 DSGVO zu: Auskunfts-, Berechtigungs-, Lösungsrecht, recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Datenübertragbarkeit sowie Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung personenbezogener Daten; darunter auch die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 Buchstaben f erfolgt.

### **Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sollten Sie der Ansicht sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeiten, haben Sie gem. Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der für unsere Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren. Die Anschrift lautet: Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart; Tel.: 0711/61 55 41 – 0; Fax: 0711/61 55 41 – 15; E-Mail: [poststelle@ldi.bwl.de](mailto:poststelle@ldi.bwl.de)

### **Informationen über die Verpflichtung zur Bereitstellung von Daten durch Sie als Betroffenen**

Unsere Zahnarztpraxis erbringt zahnärztlichen/ kieferorthopädische Behandlungsleistungen. Damit unsere Praxis die Leistungen erbringen kann, müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für Begründung, Durchführung, den Abschluss des Behandlungsverhältnisses und für die Vertragserfüllung und deren verbundenen Pflichten erforderlich sind. Diese Daten sind obligatorisch. Ohne diese Daten werden wir grundsätzlich die Durchführung und/ oder den Abschluss des Behandlungsvertrages nicht umsetzen können. Ausnahmen bilden lediglich Notfallbehandlungen.

Ich wünsche eine Kopie von diesem Formular ? (kein Kreuz wird als NEIN gewertet)

Ja