

PatientNr.	Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Bezug auf den Datenschutz haben.

### 1. Verantwortlicher für den Datenschutz

Unser Ansprechpartner für den Datenschutz ist:

Frau Dr. Juliane Weinekötter  
Tel. +49 421 204545  
E-Mail: [weinekoetter@praxis-am-muehlenviertel.de](mailto:weinekoetter@praxis-am-muehlenviertel.de)

### 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Zahnärzte/Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, Zahnärzte oder Physiotherapeuten, 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 Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Unfallkassen, Berufsgenossenschaften, der Medizinische Dienst der Krankenkasse, Zahnärztekammern und zahnärztliche 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 berechnete Empfänger.

### 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung. 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 §28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

### 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden, personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie 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:

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit der Freien Hansestadt Bremen  
Frau Dr. Imke Sommer  
Arndtstraße 1, 27570 Bremerhaven  
Tel. 0421 / 361 – 2010  
E-Mail: [office@datenschutz.bremen.de](mailto:office@datenschutz.bremen.de)

### 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden. Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich die Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe:

-----  
Ort, Datum, Unterschrift

PatientNr.	Name	Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Zuge der Gesunderhaltung Ihrer Zähne ergeben sich Rückfragen, Benachrichtigungen und wiederkehrende Termine.

Hierzu möchten wir mit Ihnen in Kontakt treten – auf dem einfachsten möglichen Weg, ob per Briefpost, Telefon/Fax, E-Mail oder SMS/Messenger.

Aufgrund der Datenschutzbestimmungen sind wir verpflichtet für elektronische Kommunikationsarten, hierfür Ihr Einverständnis einzuholen, welches wir hiermit erbitten.

Diese Einwilligung gilt explizit nicht für die Übermittlung von Befunddaten. Hierzu ist eine gesonderte Einwilligungserklärung notwendig.

Ich gebe hiermit mein Einverständnis, dass auch zusätzlich im Bedarfsfalle auf folgenden Wegen kommuniziert werden darf:

Telefon/Fax	
E-Mail	
Mobiltelefon	

-----  
Ort, Datum, Unterschrift

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per 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