

Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

durch die Praxis an der Villa Regia Andernach - Dr. Dr. Tobias Dierkes & Kollegen

Sehr geehrte/r Patient/in,

in unserer Praxis möchten wir aus organisatorischen Gründen auch Verarbeitungen von Daten vornehmen, für die jeweils eine Einwilligung des Patienten erforderlich ist. Wir benötigen Ihr Einverständnis für die Durchführung und Verwaltung der ärztlichen und zahnärztlichen Beratung und Behandlung, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGBV (insbesondere der KZVRLP), Abrechnung von Privatleistungen, externe Abrechnung über Dienstleister und Erteilung erforderlicher Auskünfte. Diese Verarbeitungen sind im Einzelnen unten aufgeführt und in einer Arztpraxis durchaus üblich. Die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist der Behandlungsvertrag, dazu gehört die Pflicht zum Führen einer Behandlungsdokumentation (§ 630f Abs. 1 BGB); bei GKV-Patienten auch gesetzliche Pflicht zur Erbringung der vertragsärztlichen/vertragszahnärztlichen Leistungen (§95 SGB V); bei Auskunftserteilung gesetzliche Pflichten. Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu bestätigen, dass bzw. mit welchen Verarbeitungen Sie einverstanden sind. Ihre Behandlung ist hiervon selbstverständlich nicht abhängig. Sie haben die Möglichkeit, jede Einwilligung jederzeit durch formlose Mitteilung an uns zu widerrufen.

Wir nehmen uns viel lieber Zeit für Ihre Behandlung als für die Abrechnung. Sofern einmal private Zahlungen anfallen, beauftragen wir daher regelmäßig das Deutsche Zahnärztliche Rechenzentrum, Marienstraße 10, 70178 Stuttgart, uns diese Arbeit abzunehmen. Es handelt sich dabei um ein zuverlässiges, anerkanntes zahnärztliches Abrechnungsunternehmen. An dieses werden nur die für die Abrechnung erforderlichen Daten, insbesondere Ihre Kontaktdaten sowie die nach der Gebührenordnung für Zahnärzte/Ärzte erbrachten Leistungen übermittelt, soweit erforderlich auch mit uns geschlossene besondere Vereinbarungen, aber keine darüber hinaus gehenden Gesundheitsdaten oder sonstige Informationen. Bei der Streichung dieses Absatzes ist ggf. nur eine eingeschränkte Behandlung möglich.

Die Empfänger der personenbezogenen Daten sind unter anderem das Zahntechnische Labor, andere Heilberufsangehörige, gesetzliche oder beauftragte Abrechnungsstellen, Krankenkassen, Versicherungen oder Beihilfestellen, Behörden und Gerichte.

Um Sie gut behandeln zu können ist eine Kommunikation mit Kollegen sehr wichtig z.B. mit Ihrem/r Überweiser/in oder einem mit behandelnden Zahnarzt/in und /oder Arzt/in. Bei der Streichung dieses Abschnittes bitten wir Sie sich um den Transport Ihrer Daten ausschließlich selbst zu kümmern, z.B. Arztbriefe, Pathologieanfragen, Röntgenbilder etc. abzuholen und selbst zu transportieren. Zudem können keine Behandlungsabstimmungen erfolgen.

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. Die Dauer der Speicherung richtet sich im Wesentlichen nach den gesetzlichen oder satzungsrechtlichen Aufbewahrungsfristen, insbesondere §12 Abs. 1 Berufsordnung der ZÄKWL (10 Jahre), §28 Abs. 3 RöV und 85 Abs. 3 StrlSchV (mindestens 10 Jahre). In der Praxis sind soweit möglich technische und organisatorische Maßnahmen getroffen, um die Daten gegen Manipulation, Verlust oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck, entbinde ich die Praxis Dr. Dr. Tobias Dierkes und das für die jeweilige Verarbeitung eingesetzte Personal von der ärztlichen / zahnärztlichen Schweigepflicht.

Bei Fragen zum Datenschutz oder zur Datenverarbeitung ist Herr Dr. Dr. Tobias Dierkes ihr Ansprechpartner. Sie können jedoch von jedem Praxispersonal Auskunft erlangen, welche Ihre personenbezogenen Daten gespeichert werden. Ferner können Sie die Berichtigung falscher personenbezogener Daten sowie die Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung nach den vorgenannten Abschnitten fordern.

Die Informationen zum Datenschutz und zur Datensicherheit (siehe Aushang in der Praxis) habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die jeweils beabsichtigten Verarbeitungen informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die Verarbeitungen erkläre, sofern ich diese oben nicht insgesamt oder einzeln durchgestrichen habe.

| | | |
|---------------|--------------|---------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Datum, Unterschrift |
|---------------|--------------|---------------------|