



## Hinweise zur Datenverarbeitung in unserer Praxis

Sehr geehrte Eltern,  
Lieber Patient,

in unserer Praxis werden personenbezogene Daten verarbeitet. Verantwortlich für die Datenerhebung ist: **Zahnalp Dr. Ines Giessler, Königstr. 8, 87435 Kempten**

### 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-, Auskunft-, 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 Verarbeitung

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)
- Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaften
- Anwälte, Gerichte, Behörden und/oder Vollstreckungsorgane (im Falle von Nichtzahlung von Behandlungshonoraren)
- Mit- oder Nachbehandelnde (Zahn)ärzte
- Persönliches Anschreiben an Ihre Adresse per Karte oder E-Mail (Anruf)



Königstr. 8, 87435 Kempten Tel.: 0831 21480 E-Mail: info@zahnalp.de www.zahnalp.de

## **5. Aufbewahrung und Löschung**

Wir bewahren Ihre Daten für die Dauer der gesetzlichen oder untergesetzlichen 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
- Widerspruchrecht gegen Verarbeitung, die auf berechtigte Interesse des Verantwortlichen oder eines Dritten gestützt werden (Art. 6 Abs. 1f DSGVO)
- Soweit die Verarbeitung auf Ihrer Einwilligung beruht, sind Sie berechtigt, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.
- Sie haben gemäß Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde lautet:  
Bayrisches Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach

## **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 müssen 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 dieser Datenverarbeitung nicht erteilt, können wir, soweit wir nicht zur Durchführung der Behandlung gleichwohl verpflichtet sind (z.B. Notfallbehandlung), die (Fortführung der) Behandlung von der Einwilligung abhängig machen.

Datum: \_\_\_\_\_ Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Unterschrift des Erziehungsberechtigten/Versicherten: \_\_\_\_\_