

## Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten & Einwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie darüber informieren, dass im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in unserer Praxis personenbezogene Daten erhoben und gespeichert werden. Personenbezogene Daten sind Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind (z. B. Name, Adresse, Gesundheitsdaten).

Die Erhebung und Speicherung der Daten ist für die Behandlung gem. Art. 6 Abs. 1 b) EU-DSGVO notwendig. Ohne die Erhebung und Speicherung der Daten ist die Behandlung nicht möglich. Die von Ihnen erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten sind besondere Daten, deren Berechtigung zur Verarbeitung aus Art. 9 Abs. 2 h) EU-DSGVO folgt.

Verantwortlich für die Erhebung und Speicherung der Daten ist dr. med. dent. Christoph Eichenhofer, erreichbar unter der Praxisanschrift Karlsruher Str. 7, 76275 Ettlingen oder per E-Mail hallo@zahnaezrte-am-lauerturm.de und Telefonnummer 07243-7299377.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der Praxisanschrift z.H. des Datenschutzbeauftragten, Karlsruher Str. 7, 76275 Ettlingen oder per E-Mail datenschutz@dr-eichenhofer.de und Telefonnummer 07243-7299377.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (z.B. gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen), die Weitergabe zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich ist oder Sie in die Weitergabe eingewilligt haben. Die Weitergabe erfolgt nur in dem notwendigen oder von Ihnen bewilligten Umfang. Die gespeicherten Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Im übrigen haben wir gesetzliche Aufbewahrungspflichten zu erfüllen, die uns dazu verpflichten Gesundheitsdaten (Patientenakte) aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 BGB, § 28 Abs. 3 RÜV).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gem. Art. 17 Abs. 3 b) EU-DSGVO nur im Rahmen der Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, die uns gesetzlich auferlegt sind, erfolgen kann (§ 630f Abs. 3 BGB).

Ihnen steht weiterhin ein Beschwerderecht beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg zu.

## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung per E-Mail / SMS / Telefon / Telefax Kommunikation

von \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis

dr. med. dent. Christoph Eichenhofer Oralchirurgie | Zahnmedizin am Lauerturm

Bitte gewünschte bzw. nicht gewünschte Kommunikationswege mit "Ja" bzw. "Nein" markieren:

— **E-Mail**            Ja            Nein

**Telefon**            Ja            Nein

**Telefax**            Ja            Nein

meine Daten und Patienteninformationen per oben genannten Kommunikationsmittel in unverschlüsselter Weise, also auch unsicher, übertragen darf und zwar an:

- an den Einwilligenden
- Krankenkasse / Zusatzversicherung
- Hausarzt des Patienten
- Auftragsdatenverarbeiter (z.B.: Dentallabore)
- weitere behandelnde Ärzte (z.B.: Kieferchirurgie)
- Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags

Die Weitergabe der Patienteninformationen per E-Mail, Telefon oder Telefax erfolgt zu folgenden Zwecken:

- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Kontakt mit dem Patienten
- Abrechnung erbrachter Behandlung mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten
- Vergabe, Absage, Verschiebung oder **Erinnerung von Terminen**

— **SMS**            Ja            Nein

Die Kontaktaufnahme erfolgt zur Vergabe, Absage, Verschiebung oder Erinnerung von Terminen. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die Kommunikation über SMS zwar im Namen der Praxis erfolgt, jedoch von einem externen Dienstleister erbracht wird. Zu diesem Zweck ist die Praxis berechtigt, an den externen Dienstleister meine Handy-Nummer weiter zu reichen.

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie über die Datenschutzgrundverordnung aufgeklärt wurden, Sie verstanden haben und damit einverstanden sind. Herzlichen Dank dafür!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
PatientIn, gesetzliche/r VertreterIn