

## Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten

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 gemäß 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 die Zahnarztpraxis Dr. Rolf-Peter Strobel, erreichbar unter der Praxisanschrift Hartkirchweg 25a, E-Mail [info@strobel-zahnarzt.de](mailto:info@strobel-zahnarzt.de) und Telefonnummer 0761 – 49 24 00.

Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter der Praxisanschrift Hartkirchweg 25a, E-Mail [qm.strobel@gmail.com](mailto:qm.strobel@gmail.com) und Telefonnummer 0761 – 49 24 00.

Die bei uns über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten werden im Einzelfall nur dann weitergegeben, wenn wir gesetzlich dazu verpflichtet sind (bspw. 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 RöV).

Sie haben uns gegenüber folgende Rechte, hinsichtlich der bei uns über Sie gespeicherten Daten:

- Recht auf Berichtigung und Löschung
- Recht auf Auskunft
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Ihr Recht auf Löschung der Daten gemäß 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.

Ihre Praxis

Dr. Rolf-Peter Strobel

Stand 09/2018 (J)

## Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung personenbezogener Daten

Ich, \_\_\_\_\_ (Name Patient/in), erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Rolf-Peter Strobel meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. In der Praxis liegt ein Informationsblatt zum Datenschutz aus, welches ich gelesen habe und zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Herstellung von Zahnersatz oder Reparaturmaßnahmen in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung erforderlich sind.
- soweit es erforderlich wird, meine persönlichen Daten an die Auftragsverarbeiter der Praxis Dr. Strobel weitergegeben werden. Die Liste der Partner (Auftragsverarbeiter) kann in der Praxis Dr. Strobel eingesehen werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

### Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit der Vorsorgeerinnerung (Recall), Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Freiburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters