

# Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU–Datenschutzgrundverordnung (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 puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

**Dr. med. Walter Kaiser**

Hafenstr. 58

41460 Neuss

Telefon: 02131 – 27026 email: [team@kieferpraxis.de](mailto:team@kieferpraxis.de)

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir, andere Ärzte oder Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, 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 andere Ärzte/ Physiotherapeuten, Kliniken, Krankenhäuser, Dentallabore, Kassenärztliche/zahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Versorgungsämter, ggf. private Versicherungen (nach Vorlage der Schweigepflichtentbindungserklärung); Ärzte/Zahnärztekammern und privatärztliche 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 an weitere berechnigte Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist bzw. dies gesetzlich vorgeschrieben ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

## 5. IHRE RECHTE

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

**Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen**

Kavalleriestr. 24

40213 Düsseldorf

Telefon: 0211/38424-0

Fax: 0211/38434-10

Mail: [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)

**6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 h) DSGVO in Verbindung mit §22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**Das Team der Kieferpraxis Dr. Kaiser**

-Ich bin mit der o.g. Verarbeitung meiner Daten einverstanden

-Ich bin damit einverstanden, dass der Abschlussbericht meinem Arzt/Zahnarzt weitergeleitet wird

-Ich bin damit einverstanden, dass wir Sie per Brief kontaktieren dürfen

-Ich bin damit einverstanden, dass wir Sie per email (z.B. für Terminvereinbarungen / Kostenvoranschläge) kontaktieren dürfen

-Ich bin damit einverstanden, dass wir Sie per Telefon kontaktieren dürfen

Neuss, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Dr. Walter Kaiser

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient