



Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Dr.med. Dr.med. dent. Matthias Nitsche
Schongauerstraße 29-31
04328 Leipzig

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung müssen wir Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und zu Ihrem Gesundheitszustand erheben. Selbstverständlich werden diese Informationen durch unsere Praxis mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um Ihnen einen Überblick über die zu Ihnen geführten Daten und den Datenschutz in der Praxis zu geben, anbei die folgenden Informationen:

Wer ist in unserer Praxis für den Datenschutz verantwortlich?

In unserer Praxis ist für den Datenschutz verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung:

Praxisinhaber: Dr. med. Dr. med. dent. Matthias Nitsche
Praxisadresse: Schongauer Straße 29-31
Telefon: (0341) 215 36 25
Telefax: (0341) 215 36 24
Email: praxis@mkg-am-pc.de

Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Wir erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen folgende personenbezogenen Daten:

- Interessenten und Patienten unserer Praxis, die natürliche Personen sind
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit unserer Praxis stehen (z.B. Bevollmächtigte von Patienten, Erziehungsberechtigte von Patienten, Mitarbeiter juristischer Personen)

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn sie mit uns z.B. per Email oder Telefon in Kontakt treten und einen Behandlungstermin vereinbaren wollen. Erscheinen Sie zur Behandlung in unserer Praxis, werden von uns Daten zu Ihrem Versicherungsstatus sowie zum Gesundheitszustand und der durchgeführten Therapie erhoben. Dabei handelt es sich um besonders sensible Daten. Des Weiteren werden Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistungen verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und –Ort, E-Mail Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus,
- Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Therapie)

Angaben zu Kindern erheben wir nur dann, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten in unserer Praxis als Patient vorgestellt werden.

Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten?

Im Falle der Abrechnung Ihrer Behandlung erhält Ihre gesetzliche Krankenkasse und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung Sachsen nach §294 ff SGB V die erforderlichen Behandlungsdaten. Sind Sie privat versichert, erhält Ihre Privatkasse nur dann Daten, wenn Sie uns ausdrücklich dazu auffordern, Ihre Daten an die Kasse zu übermitteln.

Aufgrund gesetzlicher Pflichten ist der Zahnarzt verpflichtet notwendige Daten,

- z.B. Röntgenbilder zur Prüfung durch die zuständige Behörde an die Zahnärztliche Stelle Röntgen gemäß § 28 der Röntgenverordnung,

- im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung an die gemeinsame Prüfungsstelle der Zahnärzte und Krankenkassen für den Freistaat Sachsen nach § 106 SGB V,
- an den medizinischen Dienst der Krankenkassen nach §§ 275, 276 SGB V und
- im Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren für vertragszahnärztliche Leistungen sowie das Gutachterwesen zwischen der KZBV und dem GKV- Spitzenverband nach § 2a BMV-Z/§ 22 EKVZ

zu übersenden.

Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen?

Wollen Sie per E-Mail oder über unser Kontaktformular einen Behandlungstermin vereinbaren oder eine Frage an uns richten, werden die von Ihnen mitgeteilten Daten (Ihre E-Mail Adresse, ggf. Ihr Name und Ihre Telefonnummer) von uns gespeichert, um Ihnen einen Behandlungstermin zuweisen oder die Anfrage beantworten zu können. Die in diesem Zusammenhang anfallenden Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungsfristen bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1S. 1 lit. B DSGVO).

Um Sie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung bzw. einen privat Zahnärztlichen Behandlungsverhältnisses zu behandeln und diese Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung bzw. Ihnen als Privatpatienten abrechnen zu können, müssen wir Ihre persönlichen Daten und Gesundheitsdaten verarbeiten. Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist damit die Verarbeitung von Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. B DSGVO), die Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. C DSGVO) und im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. F DSGVO).

Ihre im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten speichern wir gemäß der gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für mindestens 10 Jahre. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristenvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahren, wobei die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre beträgt, eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrungsfrist nach sich ziehen.

Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Vielen Dank Ihre MKG Praxis Dr. Nitsche & Kollegen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Informationen gelesen und verstanden zu haben und der wie oben beschriebenen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zuzustimmen.

Datum/Unterschrift:



Praxis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 Dr.med. Dr.med. dent. Matthias Nitsche
 Schongauerstraße 29-31
 04328 Leipzig

| |
|-----------------------------|
| Name: |
| Adresse (Straße, PLZ, Ort): |

Bitte kreuzen Sie **jeweils in jeder Zeile** das Kästchen **Ja** oder **Nein** an und teilen uns somit mit auf welchem Wege wir Ihre Daten, die wir zu Ihrer Behandlung benötigen, verarbeiten oder auf welchem Wege wir mit Ihnen in Kontakt treten dürfen:

| Art der Verarbeitung | Ja | Nein |
|--|--|--|
| | <i>(Bitte jeweils ankreuzen)</i> | |
| Übermittlung von Arztberichten an den überweisenden Zahnarzt oder Facharzt (wichtig für Ihre Behandlung) <i>per Post</i> <i>per Email</i> (passwortgeschützt) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Übersenden von Ihren Röntgen-Bildern an den Überweiser, andere mit uns zusammenarbeitende Fachärzte, Dentallabor (wichtig für Ihre Behandlung) <i>per Email</i> (passwortgeschützt) <i>per Post</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Übermittlung an Dentallabor bei schriftlichem Auftrag zur Erstellung von Zahnersatz, Schienen o.a. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Praxisinformationen zu Ihren Terminen, geplanten Operationen u.a. <i>(Vor geplanten Operationen oder Ihren Terminen bei uns bieten wir Ihnen den Service an, Sie noch einmal i.d.R. telefonisch zu erinnern und noch offene Fragen zu beantworten.)</i></p> <p>Telefonisch</p> <p>per Post</p> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (ART.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Leipzig, den

Unterschrift Patient/in