

DR. CAROLA WOLLENHAUPT

PRAXIS FÜR KIEFERORTHOPÄDIE

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Patienteltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet und welche Rechte Sie in Bezug auf Datenschutz haben.

Für Fragen und Anregungen ist Dr. Carola Wollenhaupt die Datenverantwortliche in unserer Praxis Hauptstr. 7 in 21465 Wentorf.

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und dem damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte und 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.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Ihre personenbezogenen Daten werden nur dann, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben, an Dritte übermittelt. Empfänger der Daten können vor allem andere Ärzte, Zahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Zahnärztekammern und private Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung, der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen Fragen und Versicherungsverhältnissen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Sie haben das Recht, die Einwilligung (im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. A oder Art. 9 Abs. 2 1 DSGVO) jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Es besteht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde {Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein, Holstenstraße 98, 24103 Kiel)

Ihr Praxisteam Dr. Carola Wollenhaupt

Zur Kenntnis genommen am: _____

Patientenname: _____

Unterschrift: _____

Patient/-in / gesetzl. Vertreter/-in

**Bitte bringen Sie dieses Schreiben zum nächsten Behandlungstermin mit.
Eine weitere Therapie ist ohne Ihre Einwilligung nicht möglich.**