



## Datenverarbeitung von Patienten

---

### Für den Datenschutz in unserer Praxis verantwortlich ist:

Dr. Christian Günzler  
Heinrich-Marschner-Str. 70  
85598 Baldham  
Tel.: 08106 - 3774040; Fax: 08106 - 3774041; E-Mail: praxis@dr-guenzler.de

---

### Art der erhobenen Daten:

Wir erheben, speichern, nutzen folgende personenbezogene Daten:

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

Personenbezogene Daten von Ihnen werden von uns erhoben, wenn Sie mit uns z.B. per E-Mail 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 zur durchgeführten Therapie erhoben. Zudem werden die Daten zur Abrechnung der erbrachten Leistung verarbeitet.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- persönliche Angaben  
*(z.B. Vor- und Nachname, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Versicherungsstatus)*
- Gesundheitsdaten  
*(z.B. Anamnese, Befunde, Therapien)*

## **Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung:**

Bei Kontaktaufnahme mit der Praxis durch den Patienten oder Interessenten werden die mitgeteilten personenbezogenen Daten (*z.B. Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse*) in der Praxis gespeichert, um mit dem Patienten oder Interessenten in Kontakt zu treten und diesem einen Termin zuzuweisen oder die Anfrage zu beantworten.

Rechtsgrundlage:

Erfüllung eines Vertrags oder Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen  
(Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DSGVO)

Um die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) abrechnen zu können, müssen die personenbezogenen Daten und die Gesundheitsdaten des Patienten verarbeitet werden.

Rechtsgrundlage: Erfüllung eines Vertrags, Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO, Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichten, Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DS-GVO.

Um die im Rahmen der privat Zahnärztlichen Behandlung erbrachten Leistungen gegenüber dem Patienten abrechnen zu können, müssen die personenbezogenen Daten und die Gesundheitsdaten des Patienten verarbeitet werden.

Rechtsgrundlage:

Erfüllung eines Vertrags (Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO)

Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationspflichten (Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DS-GVO)

## **Empfänger der Daten:**

Bei der Abrechnung der Behandlung von vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen erhalten die KZVB und die gesetzliche Krankenkasse die erforderlichen Behandlungsdaten.

Bei Anfertigung von Zahnersatz erhält das zuständige Fremdlabor Name, Vorname, Zahnfarbe und den Kassenstatus.

## **Dauer der Datenspeicherung bzw. Löschfristen:**

Die im Zusammenhang mit der Kontaktaufnahme von Patienten und Interessenten erhobenen Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung zu diesem Zweck nicht mehr benötigt wird und sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen.

Die im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis erhobenen Daten werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetz (§ 630 f BGB), aus der Berufsordnung und aus der Abgabenordnung (AO) für mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung gespeichert. Das Erhalten von Beweismitteln für rechtliche Auseinandersetzungen im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften kann aufgrund der zivilrechtlichen Verjährungsfristen von bis zu 30 Jahren eine über 10 Jahre hinausgehende Aufbewahrung nach sich ziehen.

# Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

JA  (bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt, meine erforderlichen Daten

- zur Abrechnung der Behandlung von vertragszahnärztlich erbrachten Leistungen an die KZVB und die gesetzliche Krankenkasse übermittelt.
- bei Anfertigung von Zahnersatz das zuständige Fremdlabor Name, Vorname, Zahnfarbe und den Kassenstatus weiterleitet.

JA  (bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt mich 2 x im Jahr per E-Mail oder Brief an die zahnärztliche Vorsorge erinnert.

---

E-Mail-Adresse

JA  NEIN  (bitte ankreuzen)

---

Datum und Unterschrift

## Widerrufserklärung

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten

---

Unterschrift des Zahnarztes