



Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort : _____

Adresse: _____

Tel. Privat: _____ / Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf:* _____

Arbeitgeber, Ort: * _____

Tel. Arbeitsplatz * _____

Krankenkasse: _____

Beihilfe: ja / nein

Zusatzversicherung: ja / nein

Pflegestufe ja/ nein

Wo: _____

Wenn ja, welche _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Adresse: _____

Wer hat uns empfohlen? _____

Um eine Behandlung nach Ihren Vorstellungen und Wünschen ermöglichen zu können, bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen :

Welche der folgenden Behandlungen entspricht am ehesten Ihren Vorstellungen:

- 0 umfassend, nach den neuesten, gesicherten, medizinischen Erkenntnissen, mit der Wahl verschiedener Versorgungsformen und unter Berücksichtigung von Prophylaxe
- 0 ausreichend, zweckmäßig, notwendig, ohne größere Eigeninitiative oder Kosten

Sie können bei uns in einem Recall-System (regelmäßige Erinnerungen per E-Mail oder SMS zu Kontrollsitzen) geführt werden, um den Erhalt Ihrer Zahnschubstanz zu sichern, Schäden frühzeitig zu erkennen und durch das Bonussystem Kosten zu sparen.

- 0 ja
- 0 nein

In unserer Praxis legen wir größten Wert auf Prophylaxe (Vorbeugung von Zahnbetterkrankungen und Karies) und professioneller Zahnreinigung

- 0 Haben Sie Interesse an Prophylaxe ?
- 0 Möchten Sie unser Prophylaxe-Programm kennenlernen und erläutert bekommen ?
- 0 Haben Sie Interesse an Bleaching / Zahnaufhellung ?

Anamnese

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir Sie um Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer allgemeinen Gesundheit. Bitte berücksichtigen Sie, dass für uns auch gesundheitliche Umstände wichtig sind, die Sie selber vielleicht nicht direkt mit einer zahnärztlichen Behandlung in Verbindung setzen.

Bitte zutreffendes unterstreichen.

Bestehen gesundheitliche Risiken?	ja / nein
Wenn ja, welche? _____	
Nehmen Sie Medikamente?	ja / nein
Wenn ja, welche? _____	
Haben Sie einen Allergiepass?	ja / nein
Wer ist Ihr Hausarzt? _____	
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe (Latex/Penicillin)?	ja / nein
Haben Sie Gerinnungsstörungen / bluten Wunden länger?	ja / nein
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufferkrankung?	ja / nein
Sind Sie HIV positiv?	ja / nein
Haben Sie Hepatitis?	ja / nein
Haben Sie Diabetes?	ja / nein
Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?	ja / nein
Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung?	ja / nein
Leiden Sie unter Migräne?	ja / nein
Haben Sie grünen Star?	ja / nein
Haben Sie eine Prostataerkrankung?	ja / nein
Haben Sie Asthma?	ja / nein
Rauchen Sie; wenn ja, wieviele pro Tag? _____	ja / nein

Hatten Sie im letzten Jahr eine OP?
Wenn ja, welche? _____

ja / nein

Für Patientinnen:

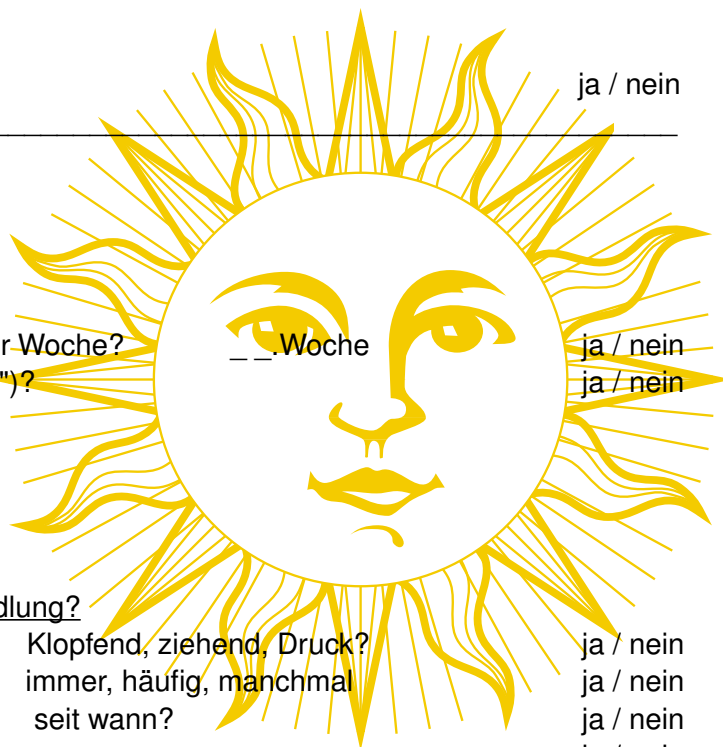
Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche?

___.Woche

ja / nein

Nehmen Sie orale Kontrazeptiva ("Pille")?

ja / nein



Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen?

Klopfend, ziehend, Druck?

ja / nein

Blutet Ihr Zahnfleisch?

immer, häufig, manchmal

ja / nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?

seit wann?

ja / nein

Sind Ihre Zähne gelockert?

ja / nein

Fand eine Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt statt?

ja / nein

Haben Sie schon eine Wurzelbehandlung gehabt?

ja / nein

Haben Sie Geräusche (Knacken/Reiben) oder Schmerzen im Kiefergelenk?

ja / nein

Hatten Sie jemals eine Kiefervermessung

ja / nein

Haben Sie ein Schnarch-Problem?

ja / nein

Halten Sie eigene Zähne für ein ganzes Leben für erstrebenswert?

ja / nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne (Implantate) aufgeklärt zu werden?

ja / nein

Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?

ja / nein

Möchten Sie darüber eine Beratung?

ja / nein

**Bitte beantworten Sie die Fragen in Ihrem eigenen Interesse.
Verschwiegenheit unsererseits ist selbstverständlich!**

Wir bemühen uns, unsere Wartezeiten so kurz wie möglich zu halten.

Deshalb beachten Sie bitte: Falls Sie einen vereinbarten Termin nicht einhalten können,
bitten wir Sie, diesen mind. 24 Stunden vorher abzusagen.

Bei Nichteinhalten oder kurzfristiger Terminabsage behalten wir uns eine Berechnung der
Behandlung abzüglich Materialkosten lt. § 611, 615 Satz 1 BGB (AG Viersen, Az.: 17 C
199/05) vor.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu
haben.

Mit * gekennzeichnete Felder sind freiwillig.

Ort, Datum

Name, Vorname

Aufklärung über die zahnärztliche Lokalanästhesie

Die zahnärztliche Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) dient der lokalen Ausschaltung der Schmerzempfindung im Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich. Durch sie können die notwendigen Behandlungen (wie z. B. Füllungen, Wurzelbehandlungen, Extraktionen, Operationen) in der Regel schmerzfrei durchgeführt werden. Überwiegend wird diese Körperregion vom Nervus trigeminus (einem Hirnnerven) mit Gefühl versorgt. Um diesen zu betäuben, wird die Lokalanästhesielösung möglichst dicht an kleinere Nervenfasern (Infiltrationsanästhesie), in den Zahnhalteapparat und Kieferknochen (intragamentäre Anästhesie) oder in die Nähe eines der drei Hauptäste des Nerven (Leitungsanästhesie) platziert. Obwohl die Lokalanästhesie ein sicheres Verfahren zur Schmerzausschaltung ist, sind Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten der verwendeten Substanzen nicht unbedingt vermeidbar. Ferner kann es unter anderem zu folgenden Komplikationen kommen:

Hämatom (Bluterguss): Durch Verletzung kleiner Blutgefäße können Blutungen in das umgebende Gewebe eintreten. Bei Einblutungen in einen der Kaumuskel infolge der Injektion kann es zu einer Behinderung der Mundöffnung und Schmerzen, in ganz seltenen Fällen auch Infektionen, kommen. Sie sollten Ihren Zahnarzt bei entsprechenden Beschwerden informieren, damit eine geeignete Behandlung erfolgen kann. In der Regel kommt es zu einer vollständigen Wiederherstellung der Funktion.

Nervschädigung: Bei der Leitungsanästhesie kann in sehr seltenen Fällen eine Irritation von Nervenfasern eintreten. Hierdurch sind vorübergehende bzw. dauerhafte Gefühlsstörungen möglich. Dies betrifft vor allem die Injektion im Unterkiefer, bei der die entsprechende Zungen- oder Unterkieferhälfte sowie die Lippenregion betroffen sein kann. Eine spezielle Therapie gibt es derzeit nicht. Die spontane Heilung muss abgewartet werden. Sollte das Taubheitsgefühl nicht nach maximal 12 Stunden vollständig abgeklungen sein, informieren Sie bitte umgehend Ihren Zahnarzt.

Verkehrstüchtigkeit: Infolge der örtlichen Betäubung und der zahnärztlichen Behandlung kann es zu einer Beeinträchtigung der Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit kommen. Diese ist primär nicht auf das Medikament, sondern vielmehr auf den Stress und die Angst im Rahmen der Behandlung sowie die lokale Irritation zurückzuführen. Sie sollten daher während dieser Zeit nicht aktiv am Straßenverkehr teilnehmen.

Selbstverletzung: Sollten außer dem behandelten Zahn auch die umgebenden Weichteile (z. B. Zunge, Wangen, Lippen) betäubt sein, verzichten Sie bitte, solange dieser Zustand anhält, auf die Nahrungsaufnahme. Neben Bissverletzungen sind auch Verbrennungen und Erfrierungen möglich.

- ☐ Die Aufklärung habe ich verstanden.
- ☐ Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- ☐ Ich möchte immer mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nur bei sehr schmerzhaften Maßnahmen mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte nie mit örtlicher Betäubung behandelt werden.
- ☐ Ich möchte dies jeweils individuell entscheiden

Ort, Datum

Name, Vorname

Allgemeine Geschäftsbedingungen

1. Geltung

Die nachfolgenden Bedingungen gelten für die Beziehungen zwischen der zahnärztlichen Praxis Steubesand & Kollegen (nachfolgend Praxis) und dem Patienten bzw. dem/den Erziehungsberechtigten des Patienten. Die Personenbezeichnungen stehen sowohl für die männliche wie auch die weibliche Bezeichnungsform.

2. Vertrags- und Rechtsverhältnis

Die Rechtsbeziehungen zwischen der Praxis und dem Patienten/Erziehungsberechtigten bestimmen sich nach den Regelungen des Behandlungsvertrages gemäß § 630a BGB. Soweit der Patient gesetzlich krankversichert ist, gelten ergänzend auch die Regelungen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Für den Fall, dass das Rechtsverhältnis zwischen der Praxis und dem Patient nicht dem Recht des Behandlungsvertrages gemäß § 630a BGB unterfällt, gelten die Regelungen des BGB entsprechend.

3. Honorar, Ausfallhonorar, unverbindliche Terminerinnerungen

Für die Berechnung des Honorars der Praxis gelten die Regelungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die unter www.bzaek.de in ihrer jeweiligen Neufassung einsehbar sind.

Sofern zwischen der Praxis und dem Patient/Erziehungsberechtigten ein Behandlungstermin vereinbart wird, ist dieser für beide Seiten als verbindlicher Termin zu verstehen. Der Termin wird ausschließlich für den Patienten freigehalten.

Der Patient/Erziehungsberechtigte hat das Recht, den Termin zumindest 24 Stunden vorher abzusagen, wenn er den Termin nicht wahrnehmen kann. Hierfür reicht es aus, dass die Praxis fernmündlich informiert wird.

Unterlässt der Patient/Erziehungsberechtigte eine solche Information und nimmt den Termin nicht wahr, hat die Praxis das Recht, nach folgender Maßgabe ein Ausfallhonorar einzufordern, unabhängig davon, ob der ausgefallene Termin anderweitig vergeben werden konnte:

a. Ausfallhonorar für Zahnreinigung/Prophylaxe

Es gilt ein Stundensatz von EUR 65; basierend hierauf berechnet die Praxis das fällige Ausfallhonorar.

b. Ausfallhonorar für zahnärztliche Tätigkeiten

Es gilt ein Stundensatz von EUR 250; hierauf basierend berechnet die Praxis das fällige Ausfallhonorar.

Soweit zusätzlich Material etc. für die ausgefallene Behandlung vorgehalten wurde, sind dessen Kosten ebenso von dem Patienten zu tragen, es sei denn, die Praxis kann das Material anderweitig verwenden.

Der Anspruch auf ein Ausfallhonorar entfällt, wenn der Patient/Erziehungsberechtigte nachweislich unverschuldet verhindert war, die Absage des Termins fristgerecht vorzunehmen oder den Termin wahrzunehmen.

Ein besonderer Service unserer Praxis ist die Erinnerung an einen gebuchten Termin per E-Mail oder SMS. Bitte beachten Sie jedoch, dass dieser unverbindliche und freiwillige Service Sie nicht davon abhalten sollte, sich selbst den Termin zu notieren, um ein evt. Ausfallhonorar zu vermeiden.

4. Zahlungsregelungen

Die Praxis informiert den Patienten/Erziehungsberechtigten in der Regel vor Behandlungsbeginn über die zu erwartenden Gesamtkosten, bzw. Eigenanteile und Mehrkosten. Für die Praxis gilt das Prinzip der Kostentransparenz.

Die Praxis arbeitet mit einer zahnärztlichen Abrechnungsgesellschaft zusammen, an die die Honoraransprüche der Praxis gegenüber den nicht gesetzlich versicherten Patienten abgetreten werden. Näheres hierzu regeln die Abtretungs- und Einverständnisbedingungen der Praxis und der Abrechnungsgesellschaft.

Die Praxis ist berechtigt, bei privat versicherten Patienten vor Behandlungsbeginn die Zahlung eines Vorschusses bis zu einer Höhe von 100 % der zu erwartenden Auslagen (Material- und Laborkosten) einzufordern.

Die Honorarforderung der Praxis ist mit Zugang der Rechnung fällig. Die Praxis bestimmt hierbei eine exakte Zahlungsfrist. Wird diese nicht eingehalten, kommt der Zahlungspflichtige in Verzug, ohne dass es einer weiteren Mahnung bedarf. Soweit die Praxis dennoch eine Mahnung an den Zahlungspflichtigen verschickt, fallen hierfür EUR 2,50 als pauschale Bearbeitungsgebühr an.

Honorarforderungen der Praxis sind ab dem Zeitpunkt des Zahlungsverzuges mit einem Satz von mindestens 5 % über dem jeweiligen Basiszins zu verzinsen, gemäß § 288 Abs. 1 S. 2 BGB.

5. Abtretungsverbot

Die Abtretung von nicht rechtskräftig festgestellten oder bestrittenen Forderungen aus dem Behandlungsvertrag ist dem Zahlungspflichtigen nicht gestattet, soweit die Praxis der Abtretung nicht zugestimmt hat.

6. Beschränkung der Haftung

Für Schäden an eingebrachten Sachen, die in der Obhut der Praxis verbleiben, haftet die Praxis nur bei Vorsatz und/oder grober Fahrlässigkeit.

Für Garderobe des Patienten oder dritter Personen übernimmt die Praxis keine Haftung.

7. Verbraucherstreitbeilegung, Ansprechpartner Klärung

Die Praxis nimmt nicht an einem außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren teil; bei Streitigkeiten aus einem Behandlungsverhältnis besteht jedoch die Möglichkeit, eine außergerichtliche Klärung vor der Gutachterkommission für Fragen von zahnärztlicher Haftung durchzuführen.

Ansprechpartner hinsichtlich Kassenbehandlung: Kassenzahnärztliche Vereinigung,
Lindemannstraße 32-42, 4 0237 Düsseldorf

Ansprechpartner hinsichtlich Privatbehandlung: Zahnärztekammer Nordrhein,
Maarweg 231-233, 50825 Köln-Braunsfeld

8. Zahnärztliche Dokumentation und Datenschutz

Die zahnärztliche Dokumentation ist Eigentum der Praxis; ein Herausgabeanspruch hierauf besteht nicht. Der Patient/Erziehungsberechtigte kann jedoch verlangen, dass ihm gegen Kostenerstattung Kopien der Dokumentation überlassen werden. Abweichend hiervon hat der Patient/Erziehungsberechtigte im Hinblick auf Röntgenaufnahmen einen Überlassungsanspruch gegenüber der Praxis. Mit der Überlassung in Verbindung stehende Kosten hat der Patient/Erziehungsberechtigte zu tragen.

Macht der Patient/Erziehungsberechtigte einen Überlassungsanspruch geltend, stellt er die Praxis automatisch von sämtlichen Haftungsansprüchen im Zusammenhang mit der/den überlassenen Aufnahme/n frei. Auf die Regelungen zum Daten- und Patientengeheimnisschutz wird ausdrücklich hingewiesen.

9. Zahntechnische Arbeiten

Die notwendigen zahntechnische Arbeiten werden ausschließlich von deutschen zahntechnischen Meisterlaboren nach dem Medizinproduktegesetz vom 2.8.1994 in der Neufassung vom 7.8.2002, in Verbindung mit der Richtlinie 93/42 EWG des Rates vom 14.6. 1993 über Medizinprodukte erstellt. Danach ist eine Herstellerbefähigung nach gleich bleibenden Qualitätskriterien und die ausschließliche Verwendung zertifizierter Materialien und Halbfertigteile (CE-Norm) gewährleistet.

10. Änderungen Gesundheitszustand, sonstige Vorsichtsmaßnahmen

Die Praxis ist darauf angewiesen, von Ihnen ungefragt über eventuelle Änderungen hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes informiert zu werden. Die Praxis übernimmt keine Haftung für den Fall, dass eine solche Information nicht erfolgt ist.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass bei Setzen einer Betäubungsspritze die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt sein kann. Das gleiche gilt für das Führen und Arbeiten an Maschinen. Unser Praxispersonal erteilt gerne weitere Auskünfte.

11. Schlussbestimmungen

Sollten Bestimmungen dieser Allgemeinen Geschäftsbedingungen unwirksam sein oder werden oder eine Lücke enthalten, so bleiben die übrigen Bestimmungen hiervon unberührt.

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen erkenne ich an und habe ein Duplikat erhalten.

Ort, Datum

Name, Vorname

Erläuterung unserer Allgemeinen Geschäftsbedingungen

Wir, die zahnärztliche Praxis Steubesand & Kollegen, fühlen uns der Transparenz gegenüber unseren Patienten verpflichtet und möchten kurz unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen erläutern. Wenn Sie noch weitergehende Fragen hierzu haben, sprechen Sie uns gern an.

Ziffern 1. und 2

Ihre Behandlung in unserer Praxis erfolgt auf Basis eines privatrechtlichen Vertrages; die Bedingungen des Vertrages haben wir in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen dargestellt.

Ziffer 3.

Die Höhe des Honorars für unsere Leistungen ist nicht willkürlich, sondern in einer gesetzlichen Gebührenordnung festgelegt. Das heißt, wenn Sie sich bei uns behandeln lassen, legt die Gebührenordnung im Einzelnen fest, wie hoch unser Honorar am Ende ist.

Die vereinbarten Termine mit Ihnen sind uns wichtig. Wir halten diese in Ihrem Interesse für nur Sie frei, damit Sie nicht warten müssen. Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns dies zeitlich ausreichend (mindestens 24 Stunden vor dem Termin) mitzuteilen. Wir wollen Ihnen eine Absage möglichst einfach machen, so dass ein kurzer Anruf genügt. Melden Sie sich allerdings nicht ab und erscheinen nicht, können wir ein Ausfallhonorar von Ihnen verlangen. Gerichte haben mehrfach entschieden, dass solche Ausfallhonorare zulässig und begründet sind.

Ziffer 4.

In dieser Klausel legen wir im Einzelnen transparent und nachvollziehbar die Zahlungsbedingungen bezüglich unseres Honorars fest.

Da wir selbst unseren Verpflichtungen (Miete, Personal- und sonstige Sachkosten) pünktlich nachkommen müssen, können wir im gesetzlich vorgegebenen Rahmen für verspätete Zahlungen von Ihnen Zinsen verlangen.

Ziffer 5.

Wir verstehen uns als Partner unserer Patienten und bringen Ihnen großes Vertrauen entgegen. Wenn Sie unsere Honorarforderung - aus welchen Gründen auch immer - an jemanden (zB. Ihre Krankversicherung) abtreten wollen, bitten wir Sie um vorherige Kontaktaufnahme, damit wir gemeinsam eine Lösung finden. Im Übrigen widersprechen wir einer Abtretung.

Ziffer 6.

Da wir in unserer Praxis einen großen Publikumsverkehr haben, müssen wir uns hinsichtlich Ihrer Wertgegenstände schützen und absichern; daher sehen wir die Ihnen sicher bekannte Regelung in Ziffer 6 vor.

Ziffer 7.

Wir halten Streitbeilegungsverfahren für ungeeignet im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen; hierfür besser geeignet sind die Fachleute in den Zahnärztekammern. Genaue Angaben finden Sie in Ziffer 7.

Ziffer 8.

Das Gesetz verpflichtet uns zu umfassender Dokumentation; bitte haben Sie Verständnis, dass wir daher unsere Unterlagen bezüglich Ihrer Behandlung auch nicht an Sie herausgeben können. Gern fertigen wir jedoch gegen Kostenerstattung Kopien für Sie an. Sprechen Sie uns einfach an. Für Röntgenaufnahmen gelten gesonderte Regelungen.

Ziffer 11.

Wenn wir in unseren Bedingungen etwas übersehen haben sollten, wollen wir gleichzeitig klarstellen, dass die Bedingungen insgesamt wirksam bleiben.

Hinweise zur Datenverarbeitung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Im Folgenden möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in unserer Praxis informieren. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, in Ruhe unsere Hinweise und Informationen zu lesen. Es ist uns sehr wichtig, dass wir Sie vollständig und transparent informieren. Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gern an.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

Verantwortlicher: Dr. Steubesand & Kollegen, Zahnarztpraxis
(im Folgenden: Dr. Steubesand)
Ernst-Reuter Straße 29, 50354 Hürth,
Email: praxis@dr-steubesand.de
Telefon: +49 (0)2233 710 790
Telefax: +49 (0)2233 710 7913

Datenschutzbeauftragter: Rechtsanwalt Prof. Dr. Ulf Vormbrock
Fritz Vomfelde Straße 34, 40547 Düsseldorf
Telefon: +49 (0)211 538 216 70
Telefax: +49 (0)211 538 216 71
vormbrock@vormbrock.net

2. Welche Daten erheben wir und wie nutzen wir diese? Was ist der Zweck und die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung?

Wenn Sie unser Patient sind, erheben wir folgende Informationen:

- Anrede, Vorname, Nachname,
- Ggf. Erziehungsberechtigte
- eine gültige E-Mail-Adresse,
- Anschrift,
- Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk)
- Gesundheitsdaten
- Daten zum Zahnstatus
- Behandlungsdaten, d.h. welche zahnärztlichen Behandlungen und Maßnahmen wir für Sie im Einzelnen durchgeführt haben

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

- um Sie als unserer Patient identifizieren zu können;
- um Sie angemessen ärztlich beraten und behandeln zu können;
- zur Korrespondenz mit Ihnen;
- zur Rechnungsstellung;
- zur notwendigen Information anderer ärztlicher und nichtärztlicher Behandler, sowie von Krankenkassen und sonstigen Leistungserbringern im medizinischen Umfeld.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihre Beauftragung hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Behandlung und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen erforderlich. Insbesondere sind wir darauf angewiesen, Ihre gesundheitsbezogenen Daten zu verarbeiten, damit wir Sie und uns jederzeit angemessen informieren können und medizinische notwendige Maßnahmen durchführen zu können.

Die für die Behandlung von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht (10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlung beendet wurde)

gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und/oder sonstigen rechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (aus HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Wenn Sie uns eine Einwilligung in die Datenverarbeitung erteilt haben, beruht die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung hierauf, gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Sie können diese Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Wir gehen vertrauensvoll mit Ihren persönlichen Daten um, da wir wissen, wie wichtig diese Informationen für Sie sind. Unsere Mitarbeiterinnen werden regelmäßig in Fragen des Daten- und Geheimnisschutzes geschult und haben auch entsprechende verbindliche Erklärungen abgegeben.

3. Wann und zu welchen Zwecken geben wir Ihre Daten weiter?

Wir möchten Ihnen zunächst klar und unmissverständlich mitteilen, dass wir Ihre persönlichen Daten nur dann weiterleiten, wenn hierfür entweder eine medizinische Notwendigkeit oder wenn aus Abrechnungsgründen oder sonstigen wirtschaftlichen Erwägungen ein Erfordernis hierzu besteht.

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte aus anderen Gründen findet nicht statt und wird auch nie der Fall sein!

Wir arbeiten laufend mit anderen ärztlichen oder nicht ärztlichen Spezialisten zusammen, die für Ihre Behandlung unerlässlich sind. So kooperieren wir mit Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Röntgenärzten, Radiologen, Therapeuten, Logopäden etc., um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Diese Behandler sind auf Ihre Daten angewiesen, daher müssen wir sie auch umfassend informieren. Daher gilt für diese Datenverarbeitung Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit b DSGVO.

Zur Abrechnung unserer Leistungen arbeiten wir mit verschiedenen Leistungsträgern und Abrechnungsorganisationen zusammen, an die wir die Behandlungsdaten übermitteln müssen, damit unsere Tätigkeiten auch bezahlt werden. Wenn Sie hierzu nähere Auskünfte benötigen, sprechen Sie uns gern an.

Bitte beachten Sie aber auch, dass diese erforderliche Datenweitergabe von Ihnen ausdrücklich genehmigt werden muss, da wir als Zahnärzte neben dem Datenschutz auch einer besonderen Geheimnisschutzverpflichtung unterliegen. Das heißt, dass wir darauf angewiesen sind, von Ihnen von unserer Schweigepflicht entbunden zu werden.

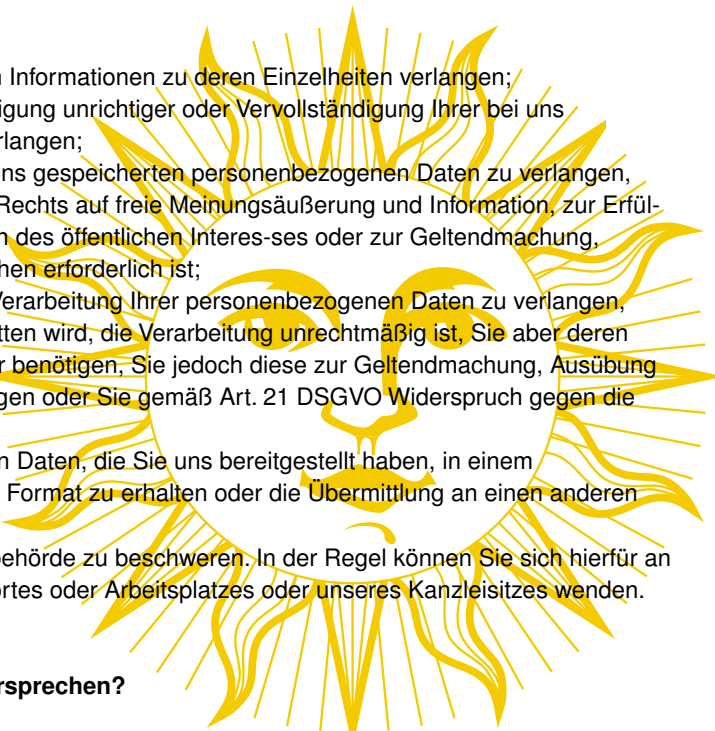
Wir bitten Sie daher auch am Ende dieser Informationsschrift um Ihre Unterschrift, damit wir Ihre persönlichen Daten an andere Ärzte und sonstige Behandler weiterleiten dürfen. Selbstverständlich unterliegen auch diese Personen der Geheimnisverpflichtung, so dass Sie sicher sein können, dass kein Missbrauch erfolgt.

4. Welche Rechte können Sie geltend machen?

Das Gesetz verlangt von uns, dass wir Sie darüber informieren, welche Rechte Sie geltend machen können. Bitte schauen Sie sich daher Ihre Rechte im Einzelnen genau an:

Sie haben das Recht:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;
- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung



einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;

- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
- gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Kanzleisitzes wenden.

5. Kann ich auch der Datenverarbeitung widersprechen?

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten:

vormbrock@vormbrock.net.

6. Was geschieht bei einem Hackerangriff auf unsere IT?

Im Falle einer möglichen Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten sind wir verpflichtet, unverzüglich die Aufsichtsbehörde darüber zu informieren, es sei denn, dass die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen führt (Art. 33 DSGVO). Hat die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich ein hohes Risiko für die persönlichen Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge, so benachrichtigen wir sofern erforderlich, gemäß Art. 34 Abs. 3 DSGVO) auch Sie unverzüglich von der Verletzung (Art. 34 Abs. 1 DSGVO).

7. Wie lange müssen wir Ihre Daten aufbewahren?

Wir müssen gesetzliche Aufbewahrungspflichten beachten, insbesondere nach der Abgabenordnung (z. B. nach § 147 Abs. 1 Nr. 1, 4 und 4a, Abs. 3 Satz 1 a. O. - 10 Jahre) und den besonderen medizinrechtlichen Vorschriften.

8. Was gilt für Kinder und Jugendliche?

Kinder und Jugendliche sind noch nicht geschäftsfähig, daher ist es notwendig, dass deren Erziehungsberechtigte für ihre Kinder die nachfolgende Erklärung abgibt. Wir bitten Sie, Ihre Kinder zu informieren.

9. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Steubesand & Kollegen meine persönlichen Daten einschließlich meiner Behandlungsdaten/die Daten einschließlich Behandlungsdaten meines Kindes aus Gründen und zum Zwecke der Behandlung an ärztliche und nicht ärztliche Behandler und aus Gründen der Abrechnung von Leistungen an Leistungsträger oder sonstige Organisationen weitergeben darf.

Durch meine Unterschrift willige ich hierin ausdrücklich ein. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann; die Einwilligung erfolgt freiwillig.

Ort, Datum

Patient/Erziehungsberechtigter

Vorname, Nachname

