

# **Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Praxis für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie und Oralchirurgie Dr. Dr. Dirk Baumann und Kollegen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis müssen Verarbeitungen personenbezogener Daten vorgenommen werden, für die jeweils eine Einwilligung erforderlich ist. Die Datenerhebung in unserem Hause erfolgt zu medizinischen Zwecken sowie zur Honorarabrechnung.

Ihre papiergebundenen Daten (Anamnesebogen, Überweisungen, Befunde, Arztbriefe, Korrespondenz mit Krankenkassen, etc.) sowie native Röntgenaufnahmen werden gemäß §630f BGB / §28 III RöV nach 10 Jahren vernichtet, bei Kindern beginnt die Frist zur Aufbewahrung von Röntgenaufnahmen erst mit dem 18. Lebensjahr, sodass eine Löschung dieser Daten erst ab dem vollendeten 28. Lebensjahr vorgenommen werden darf.

Ihre elektronischen Daten (Daten der elektronischen Gesundheitskarte, Kontaktdaten, Risikofaktoren, Behandlungsdokumentation, digitale Röntgenaufnahmen, etc.) werden bei uns dauerhaft gespeichert.

Eine Weiterleitung Ihrer Daten (im Wesentlichen Arztbriefe, Röntgenaufnahmen, Befunde) an ärztliche/zahnärztliche Kollegen, Zahntechniker oder Kliniken, erfolgt ausschließlich zu medizinischen Zwecken. Arztbriefe werden per Post oder mittels Passwort verschlüsselt verschickt, Röntgenaufnahmen versenden wir ausreichend anonymisiert, d.h. nur mit Initialen und Geburtsdatum versehen (detaillierte Angaben zur Person werden nur mit getrennter Email oder per Telefon weitergegeben).

Zur Honorarabrechnung werden Ihre Daten an die zuständigen Krankenkassen, die Kassenärztliche (KV) und Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) sowie bei der Privatabrechnung – hier jedoch nur mit gesonderter Einwilligung - an die Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) übermittelt.

Wir möchten Sie bitten, durch Ihre Unterschrift zu betätigen, dass Sie mit

- der dauerhaften Speicherung,
- der Verarbeitung und
- der zweckgebundenen Weiterleitung Ihrer Daten mit o.g. Datenschutzmaßnahmen

einverstanden sind.

Sie haben die Möglichkeit Unzutreffendes zu streichen, und auch die gesamte Einwilligung, sofern sie nicht gesetzlich festgelegten Bestimmungen - z.B. Aufbewahrungsfristen – widerspricht, jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die beabsichtigte Datenerhebung/-verarbeitung und -weiterleitung informiert bin und freiwillig mein Einverständnis in die oben genannten, nicht durch mich gestrichenen, Punkte erkläre.

In demselben Umfang, beschränkt auf den jeweils dargestellten Verarbeitungszweck entbinde ich Herrn Dr. Dr. Dirk Baumann, sowie das jeweils für die Verarbeitung eingesetzte Personal von der ärztlichen/zahnärztlichen Schweigepflicht.

---

Datum, Unterschrift