

Datenschutz & Einwilligung (DSGVO)

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns ein wichtiges Anliegen. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich auf Grundlage der geltenden gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG).

1. Zweck der Datenverarbeitung

Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten werden zum Zweck der: zahnärztlichen Diagnostik, Behandlung und Dokumentation, Abrechnung zahnärztlicher Leistungen, Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten verarbeitet.

2. Art der verarbeiteten Daten

Hierzu zählen insbesondere Stammdaten (Name, Anschrift, Kontaktdaten), Gesundheitsdaten (Anamnese, Befunde, Röntgenbilder) sowie Abrechnungs- und Versicherungsdaten.

3. Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt ausschließlich, soweit dies für die Behandlung, Abrechnung oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben erforderlich ist (z. B. an Krankenkassen, Abrechnungsstellen, zahntechnische Labore oder überweisende/mitbehandelnde Ärzte).

4. Speicherdauer

Ihre Daten werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt. Medizinische Behandlungsunterlagen unterliegen in der Regel einer Aufbewahrungsfrist von mindestens 10 Jahren.

5. Ihre Rechte

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung, sofern dem keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Zudem haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Recht, sich bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren.

6. Widerruf der Einwilligung

Eine erteilte Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung.

Einwilligungserklärung:

Ich bestätige, dass ich die vorstehenden Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen habe. Ich willige ein, dass FINK Zahnmedizin meine personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck der zahnärztlichen Behandlung, Abrechnung und Dokumentation verarbeitet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen - Ihr Team von FINK Zahnmedizin