

Dr. Dr. Rudolf Pleier
Dr. Ingeborg Pleier-Göbl
Dr. Franz Pleier

Johann-Sebastian-Bach-Str. 42
92637 Weiden i.d.Opf.

Telefon: +49 (0) 961/31 3 42
Email: zahnarzt-pleier@t-online.de
Website: www.zahnärzte-hammerweg.de



ZAHNÄRZTE
HAMMERWEG

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Verordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet.

Der Informationsblatt können sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Praxisname: Dr. Dr. Rudolf Pleier, Dr. Ingeborg Pleier-Göbl und Dr. Franz Pleier
Adresse: Joh.-Seb.-Bach-Str. 42, 92637 Weiden
Telefonnummer: 0961/31342

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Adressdaten, Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschlüsse und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, Psycho- und Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung der Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für die Erbringung zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/ Psychotherapeuten, Zahntechnische Labore, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, (Zahn-)Ärzttekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, Banken sowie Gerichte, Behörden und Vollstreckungsorgane (im Falle der Nichtzahlung von Behandlungshonoraren) sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, z.B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut § 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf die Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Name: Bayerischer Landesbeauftragter für Datenschutz
Anschrift: Wagnmüllerstr. 18, 80538 München

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

IHR PRAXISTEAM

Dr. Dr. Rudolf Pleier, Dr. Ingeborg Pleier-Göbl und Dr. Franz Pleier

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Nachname, Vorname des/der Zahlungspflichtigen

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort