



# Datenschutzinformationen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

gemäß des neuen Datenschutzgesetzes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären.

In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.

Alle Mitarbeiter/innen, die Zugang zu diesen Daten haben, sind verpflichtet sorgsam und vertraulich damit umzugehen. Dafür mussten sie zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnen.

Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Daten in der Praxis Dr. Iris Fräsch und Dr. Hanni Kremer zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden sowie ggf. an Dritte weitergegeben bzw. übermittelt und dort ebenfalls zu den folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:

- kieferorthopädische Behandlung der Patienten mit Anamnese, Diagnostik und Dokumentation
- Erstellung eines Behandlungsplans
- Erstellung von Arztbriefen und Befundberichten für weiterbehandelnde Ärzte
- Abrechnung kassenzahnärztlicher Leistungen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern
- IT-Firmenbetreuung und Instandhaltung Praxisverwaltungssoftware
- Terminerinnerung/Versichertenkartenerinnerung per SMS (wenn gewünscht)

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person **unter Beachtung des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BDSG)**, erhoben und verarbeitet werden.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und jederzeit widerrufen kann. Meine Widerrufserklärung werde ich richten an: [datenschutz@kfo-weilheim.de](mailto:datenschutz@kfo-weilheim.de)

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten in der Praxis Dr. Iris Fräsch und Dr. Hanni Kremer gelöscht (nach Ablauf der gesetzlich festgelegten Aufbewahrungsfrist nach § 630 Abs. 3 BGB).

Patient: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter