

**Datenschutzrechtliche Einwilligungs-Erklärung** für die  
Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß  
Art. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

**MVZ**  
**Familiendentist GbR**  
**MommSENstr.15, 10629 Berlin**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Zahnarztpraxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

**ZWECK DER DATENVERARBEITUNG**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Zahnarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.  
Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihrer zahnärztliche Behandlung, Gesundheitsdaten und fertigen ggf. Röntgenbilder an. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Anfertigung von Röntgenbildern und Befunde, die wir erheben. Zu diesen Zweck können uns auch andere Zahnärzte/Ärzte oder Physiotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten und Röntgenbilder zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).  
Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

**EMPFÄNGER IHRER DATEN**

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten und Röntgenbilder nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten, Röntgenbilder, Situationsmodelle, Abdrücke, etc. können vor allem andere Fremdlabor, Eigenlabor, Zahnärzte/Ärzte / Physiotherapeuten, Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Zahnärztekammern und privat Zahnärztliche Verrechnungsstellen, sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung und zur Diagnose der bei Ihnen erbrachten Leistungen, Anfertigung von Zahnersatz, Schienen, etc., zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten (per Fax oder Email, per Post oder per Laborboten) oder an weitere berechtigte Empfänger. Beispielsweise Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Oralchirurgen, Endodontologen, Kieferorthopäden, pathologische Institute, oder mit behandelnde Zahnärzte und Ärzte.

**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 jedoch **dazu verpflichtet**, diese Daten **mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung** aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum **Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen**, Röntgenbilder und die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person laut Paragraf 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung aufzubewahren.

**RECHTLICHE GRUNDLAGEN**

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

**Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme, Speicherung, Nutzung und Weitergabe (für o.g. Zwecke) meiner Daten, Röntgenbilder (ggf. unverschlüsselt per Mail), Modelle, Abdrücke für Zahnersatz oder Schienen, einverstanden.**

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).**

**Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO)**

**Patient/in:**

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Adresse: (Straße, PLZ, Ort)	

**ggf. Gesetzlicher Vertreter:**

Name, Vorname, Geburtsdatum	
-----------------------------	--

Berlin, den