

## Datenschutzinformation

Sehr geehrte Eltern,  
Liebe Patienten,

gemäß des neuen Datenschutzrechtes sind wir verpflichtet, Sie zum Thema „Datenschutz“ aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren. Durch Ihre Unterschrift willigen Sie unseren internen Datenschutzmaßnahmen ein.

<b>Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzgrundverordnung</b>
- In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.
- Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/innen den Zugang zu Ihren Patientendaten. <i>Alle Mitarbeiter/innen sind zum Datenschutz verpflichtet</i> und haben zu Beginn Ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

<b>Datenschutzmaßnahmen zum Schutz Ihrer Patientendaten</b>
- Wenn es zu einer Beratung oder Behandlung in unserer Praxis kommt, fordern wir ggf. Ihre Patientendaten bei <b>mitbehandelnden Kollegen</b> an bzw. übermitteln diese, sofern es für Ihre kieferorthopädische Behandlung erforderlich ist. Bei den Unterlagen kann es sich <b>z.B. um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder handeln.</b>
- Die in unserer Praxis erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Patientendaten können ggf. von den unten aufgeführten Dienstleistern unter unserer Aufsicht eingesehen werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KFO-Softwarefirma (Computer Konkret)</li> <li>▪ Röntgen-Softwarefirma (Onyx-Ceph)</li> <li>▪ KZV (Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein)</li> <li>▪ IT-Dienstleister (BCT-Cologne)</li> <li>▪ Commify Germany GmbH</li> <li>▪ Align Technology</li> <li>▪ KIM (Kommunikation im Medizinwesen)</li> </ul>
- Auch können Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Qualitätssicherung herangezogen werden. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung erhalten Sie unter folgendem Link: <a href="https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/">https://www.g-ba.de/beschluesse/4036/</a> .

Ich bin damit einverstanden, dass ich oder mein Kind in einem Behandlungszimmer mit mehreren Behandlungsstühlen behandelt werde/wird.

Ich willige durch meine Unterschrift in die oben aufgeführten Datenschutzmaßnahmen der Praxis ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Köln, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_