



Patienteninformation zum Datenschutz

Information nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Dental Aesthetics · Doctor medic Claudius-Horatius Moldovan · Simonstraße 3, 33106 Paderborn-Elsen · Stand: 03.10.2026

Das Wichtigste vorab

Für Ihre Behandlung, die Dokumentation und die Abrechnung verarbeitet die Praxis Ihre Daten **auf gesetzlicher Grundlage**. Eine Einwilligung ist dafür nicht nötig und wird nicht verlangt.

Eine Einwilligung wird nur für zusätzliche Angebote benötigt, zum Beispiel für eine Terminerinnerung per SMS. Diese Einwilligungen auf Seite 2 sind **freiwillig**. Ihre Behandlung hängt nicht davon ab.

1. Verantwortlicher

Dental Aesthetics, Inhaber Doctor medic Claudius-Horatius Moldovan, Simonstraße 3, 33106 Paderborn · Telefon 05254 65333 · info@da-mvz.de. Fragen zum Datenschutz beantwortet die Praxis unter diesen Kontaktdaten.

2. Welche Daten und wofür

Die Praxis verarbeitet Ihre Kontaktdaten, Ihr Geburtsdatum, Ihre Versicherungsdaten und Ihre Gesundheitsdaten: Angaben aus dem Anamnesebogen, Befunde, Diagnosen, Röntgenbilder, Behandlungen, Aufklärungen und Einwilligungen. Zwecke sind die zahnärztliche Untersuchung und Behandlung einschließlich der Arbeit im praxiseigenen zahntechnischen Labor, die gesetzlich vorgeschriebene Dokumentation in der Patientenakte, die Abrechnung mit Ihnen, Ihrer Krankenkasse oder über die Kassenzahnärztliche Vereinigung sowie die Terminverwaltung.

3. Rechtsgrundlagen

Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b Bundesdatenschutzgesetz und dem Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch, BGB); Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und c DSGVO; für die Dokumentation § 630f BGB; für gesetzlich Versicherte die Vorschriften des Sozialgesetzbuchs V (insbesondere §§ 294 ff.); für Röntgenaufnahmen § 85 Strahlenschutzgesetz. Für die freiwilligen Angaben auf Seite 2: Ihre Einwilligung (Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a DSGVO).

4. Wer Ihre Daten erhält

Alle Beschäftigten der Praxis unterliegen der Schweigepflicht. Daten gibt die Praxis nur weiter, wenn ein Gesetz das erlaubt oder vorschreibt oder wenn Sie eingewilligt haben. Empfänger können sein:

- bei gesetzlich Versicherten die Kassenzahnärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Ihre Krankenkasse, der Medizinische Dienst und von der Krankenkasse bestellte Gutachter,
- andere Ärzte, Zahnärzte, Labore oder Ihre private Versicherung – nur mit Ihrer Einwilligung,
- Dienstleister, die im Auftrag der Praxis und nach ihrer Weisung arbeiten, zum Beispiel für Praxissoftware und IT; sie sind vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

An eine Abrechnungsstelle oder einen Finanzierungsanbieter gibt die Praxis Daten nur mit Ihrer gesonderten schriftlichen Einwilligung. Eine automatisierte Entscheidungsfindung oder ein Profiling findet nicht statt.

5. Wie lange die Daten gespeichert werden

Die Patientenakte wird zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt (§ 630f Absatz 3 BGB). Röntgenaufnahmen werden zehn Jahre aufbewahrt, bei Minderjährigen bis zum vollendeten 28. Lebensjahr (§ 85 Strahlenschutzgesetz). Länger speichert die Praxis nur, soweit andere Vorschriften das verlangen oder solange Rechtsansprüche geklärt werden.

6. Müssen Sie die Daten angeben?

Ohne die Angaben, die für die Behandlung und die Abrechnung nötig sind, kann die Praxis Sie nicht sorgfältig und umfänglich behandeln. Angaben, die als freiwillig gekennzeichnet sind, können Sie weglassen.

7. Ihre Rechte

- Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit (Artikel 15 bis 18 und 20 DSGVO) sowie Einsicht in Ihre Patientenakte und Kopien daraus (§ 630g BGB). Solange gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen, kann die Praxis Daten nicht löschen; sie schränkt die Verarbeitung dann ein.
- Widerruf einer Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft (Artikel 7 Absatz 3 DSGVO).
- Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO). Zuständig für die Praxis: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf, Telefon 0211 38424-0, poststelle@ldi.nrw.de.

Freiwillige Einwilligungen

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ Gesetzliche Vertretung (falls vorhanden): _____

Bitte jede Zeile ankreuzen. Eine Zeile ohne Kreuz gilt als „Nein“. Jede Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden – mündlich in der Praxis, telefonisch oder per E-Mail. Ein „Nein“ oder ein Widerruf hat keine Nachteile für Ihre Behandlung.

Ich willige ein, dass die Praxis ...	Ja	Nein
a) mich per SMS an Termine erinnert Mobilnummer: _____	☐	☐
b) bei Bedarf Auskünfte bei meiner Hausärztin / meinem Hausarzt einholt und Befunde dorthin übermittelt (Entbindung von der Schweigepflicht) Name und Ort: _____	☐	☐
c) folgender Person Auskunft über meine Termine und meine Behandlung gibt (Entbindung von der Schweigepflicht) Name: _____	☐	☐

Die Praxis nutzt diese Angaben nur für den jeweils angekreuzten Zweck und gibt sie nicht für Werbung weiter.
Die Einwilligungen gelten, bis Sie sie widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (falls vorhanden)

Die Patienteninformation zum Datenschutz (Seite 1) erhalten Sie zum Mitnehmen. Sie müssen ihren Erhalt nicht bestätigen.