

Liebe Patientin, lieber Patient!

mit diesem Informationsblatt informieren wir Sie
gem. Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) über
die Weiterverarbeitung Ihrer Daten gem. Art. 6 DSGVO.

OLGA KAPPIS
ZAHNÄRZTIN



Patientenhinweise nach DSGVO und Einwilligungserklärung zur Weiterverarbeitung Ihrer Daten gem. Art. 6 DSGVO (Stand: 01.01.2026)

Verantwortlich für die Verarbeitung Ihrer Daten in der Zahnarztpraxis Kappis ist Frau Zahnärztin Olga Kappis (Hebelstraße 6, 68766 Hockenheim, Tel. 06205 7314, hallo@zahnarztpraxis-kappis.de).

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlage: Die Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gem. Art. 6 Nr. 1 Buchst. b) DSGVO ausschließlich zum Zweck der notwendigen zahnmedizinischen Behandlung im Rahmen Ihres Besuchs in unserer Praxis. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist für die Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich, da wir ansonsten die notwendige zahnmedizinische Behandlung nicht ordnungsgemäß vornehmen könnten, und hierzu auch die Kommunikation gehört. Darüber hinaus ist die Datenverarbeitung nach Art. 6 Nr. 1 Buchst. f) DSGVO zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder der eines Dritten erforderlich. Unsere berechtigten Interessen bestehen in Zusammenhang mit der für Sie notwendigen bzw. nach Ihren Wünschen optimalen zahnmedizinischen Behandlung und abschließenden Rechnungslegung.

Datenkategorien und Datenherkunft: Wir verarbeiten nachfolgende Kategorien von Daten: Stammdaten, Kommunikationsdaten, Daten über Ihren Gesundheitszustand, Daten über bestehende Krankheitsbilder, Daten über verwendete Medikamente, Krankenversicherungsdaten, Daten über Ihren Hausarzt, bei Patientinnen Daten über etwaige Schwangerschaften, sowie weitere optionale, informative Daten, die Sie uns auf einem separaten Anamnesebogen zur Verfügung stellen. Diese Daten werden uns von Ihnen übermittelt.

Empfänger: Ihre Daten werden wir ausschließlich im Rahmen Ihrer zahnmedizinischen Behandlung in unserer Praxis verarbeiten und ggf. folgenden Kategorien von Empfängern, denen die personenbezogenen Daten offenzulegen sein werden, übermitteln, sofern dies für Ihren Behandlungserfolg erforderlich ist: Arbeitgebern, Hausärzten, Krankenversicherungen und ggf. weiteren Dritten (z.B. Zahnärzte, Dentaltechniker, Dentallabore, Abrechnungsgesellschaft).

Dauer der Speicherung: Für den bestmöglichen Schutz und die Erhaltung der Zahngesundheit unserer Patienten, nutzen wir Ihre Daten auch im Rahmen unseres Recall-Systems, in welchem wir Sie postalisch oder per E-Mail an die Vereinbarung von Folgeterminen oder an bereits vereinbarte Termine erinnern. Wenn Sie dies nicht wünschen, teilen Sie uns dieses bitte mit. Nach Beendigung der Behandlung und Zahlung unserer Honorare werden wir die nicht gesetzlichen Aufbewahrungspflichten unterliegenden Daten umgehend löschen, im Übrigen die gesetzlichen Fristen zu beachten haben, ehe wir die gespeicherten Daten löschen.

Rechte der betroffenen Person: Gemäß Art. 15–22 DSGVO stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit. Gemäß Art. 13 Nr. 2 Buchst. c) i.V.m. Art. 21 DSGVO steht Ihnen auch ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu, das auf Art. 6 Nr. 1 Buchst. f) DSGVO beruht.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde: Sie haben gem. Art. 77 DSGVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für meine Praxis zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20 Postfach 10 29 32 Tel. 0711 / 615541–0
70173 Stuttgart 70025 Stuttgart E-Mail: poststelle@fdi.bwl.de

Einwilligungserklärung:

Ich habe die vorgenannten Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO nebst meinen Betroffenenrechten gelesen. Ich willige hiermit ein, dass die o.g. Verantwortlichen meine personenbezogenen Daten zum Zwecke der Behandlung bzw. des Behandlungserfolgs oder eines auf den Behandlungserfolg auswirkenden Anschreibens (Recall) an mich verwenden dürfen. Ferner willige ich ein, dass die Kommunikation mit mir auch per unverschlüsselter E-Mail erfolgt.

Vor- und Zuname Patient/in (Bitte in Druckbuchstaben)

Hockenheim, den

X

Unterschrift