



---

place, date

---

signature

## **Hinweise zur Datenverarbeitung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

**Im Folgenden möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten in unserer Praxis informieren. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, in Ruhe unsere Hinweise und Informationen zu lesen. Es ist uns sehr wichtig, dass wir Sie vollständig und transparent informieren. Sollten Sie Fragen haben, sprechen Sie uns gern an.**

### **1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?**

Verantwortlicher:

— Dr. Beate Jürgens & Partner BAG  
(im Folgenden: Dr. Jürgens)  
Barbarossaplatz 5, 40545 Düsseldorf

Email: [info@familien-zahnarzt-duesseldorf.de](mailto:info@familien-zahnarzt-duesseldorf.de)  
Telefon: +49 (0)211 99 34 64 34  
Telefax: +49 (0)211 99 34 64 24

Datenschutzbeauftragter:  
Rechtsanwalt Prof. Dr. Ulf Vormbrock

— Fritz-Vornfelde-Straße 34, 40547 Düsseldorf  
Telefon: +49 (0)211 538 216 70  
Telefax: +49 (0)211 538 216 71

### **2. Welche Daten erheben wir und wie nutzen wir diese? Was ist der Zweck und die Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung?**

Wenn Sie unser Patient sind, erheben wir folgende Informationen:

- 
- Anrede, Vorname, Nachname,
  - Ggf. Erziehungsberechtigte
    - eine gültige E-Mail-Adresse,
    - Anschrift,
    - Telefonnummer (Festnetz und/oder Mobilfunk)
    - Gesundheitsdaten
    - Daten zum Zahnstatus
    - Behandlungsdaten, d. h. welche zahnärztlichen Behandlungen und Maßnahmen wir für Sie im Einzelnen durchgeführt haben.
  - Gesundheitsdaten

Die Erhebung dieser Daten erfolgt,

- um Sie als unseren Patienten identifizieren zu können;
- um Sie angemessen ärztlich beraten und behandeln zu können;
- zur Korrespondenz mit Ihnen
- zur Rechnungstellung;
- zur notwendigen Information anderer ärztlicher und nichtärztlicher Behandler sowie von Krankenkassen und sonstigen Leistungserbringern im medizinischen Umfeld.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Ihre Beauftragung hin und ist nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO zu den genannten Zwecken für die angemessene Behandlung und für die beidseitige Erfüllung von Verpflichtungen erforderlich. Insbesondere sind wir darauf angewiesen, Ihre gesundheitsbezogenen Daten zu verarbeiten, damit wir Sie und uns jederzeit angemessen informieren können und medizinisch notwendige Maßnahmen durchführen zu können.

Soweit wir Ihnen Produkte aus dem Bereich der Zahnästhetik und/oder Pflegebereich veräußern und hierbei personenbezogene Daten verarbeiten, erfolgt auch diese Verarbeitung nach Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. b DSGVO, da Ihre Daten zur Erfüllung des Vertrages erforderlich sind.

Die für die Behandlung der von uns erhobenen personenbezogenen Daten werden bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht (10 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlung beendet wurde) gespeichert und danach gelöscht, es sei denn, dass wir nach Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO aufgrund von steuer- und/oder sonstigen rechtlichen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten (aus HGB, StGB oder AO) zu einer längeren Speicherung verpflichtet sind oder Sie in eine darüber hinausgehende Speicherung nach Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO eingewilligt haben.

Wenn Sie uns eine Einwilligung in die Datenverarbeitung erteilt haben, beruht die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung hierauf, gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Sie können diese Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Wir gehen vertrauensvoll mit Ihren persönlichen Daten um, da wir wissen, wie wichtig diese Informationen für Sie sind. Unsere Mitarbeiterinnen werden regelmäßig in Fragen des Daten- und Geheimnisschutzes geschult und haben auch entsprechende verbindliche Erklärungen abgegeben.

### **3. Wann und zu welchen Zwecken geben wir Ihre Daten weiter?**

Wir möchten Ihnen zunächst klar und unmissverständlich mitteilen, dass wir Ihre persönlichen Daten nur dann weiterleiten, wenn hierfür entweder eine medizinische Notwendigkeit oder wenn aus Abrechnungsgründen oder vergleichbaren wirtschaftlichen Erwägungen ein Erfordernis hierzu besteht.

Eine Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an Dritte aus anderen Gründen findet nicht statt

und wird auch nie der Fall sein!

Wir arbeiten laufend mit anderen ärztlichen oder nichtärztlichen Spezialisten zusammen, die für Ihre Behandlung unerlässlich sind. So kooperieren wir mit Kieferchirurgen, Kieferorthopäden, Röntgenärzten, Radiologen, Therapeuten, Logopäden etc., um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Diese Behandler sind auf Ihre Daten angewiesen, daher müssen wir sie auch umfassend informieren. Daher gilt für diese Datenverarbeitung Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit b DSGVO.

Des Weiteren kooperieren wir mit Laboren, die für unsere Patienten Zahnersatzprodukte herstellen. Auch diese Einrichtungen sind darauf angewiesen, dass wir ihnen - im erforderlichen Umfang - Ihre Daten zur Verfügung stellen. Daher gilt auch insoweit Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO. Die Zahnlabore unterliegen selbstverständlich auch der Schweigepflicht.

Zur Abrechnung unserer Leistungen arbeiten wir mit verschiedenen Leistungsträgern und Abrechnungsorganisationen zusammen, an die wir die Behandlungsdaten übermitteln müssen, damit unsere Tätigkeiten auch bezahlt werden. Hierüber hatten wir Sie ja auch schon in der Vergangenheit informiert. Wenn Sie dennoch hierzu nähere Auskünfte benötigen, sprechen Sie uns gern an.

Zur Überprüfung der Effektivität und Wirtschaftlichkeit unserer Praxis arbeiten wir gelegentlich mit spezialisierten Beratern zusammen, die unsere Geschäftsabläufe analysieren. Mit diesen Unternehmen ist strengste Geheimhaltung vertraglich vereinbart.

Bitte beachten Sie aber auch, dass diese erforderliche Datenweitergabe von Ihnen ausdrücklich genehmigt werden muss, da wir als Zahnärzte neben dem Datenschutz auch einer besonderen Geheimnisschutzverpflichtung unterliegen. Das heißt, dass wir darauf angewiesen sind, von Ihnen von unserer Schweigepflicht entbunden zu werden.

Wir bitten Sie daher auch am Ende dieser Informationsschrift um Ihre Unterschrift, damit wir Ihre persönlichen Daten an oben genannte Stellen weiterleiten dürfen. Selbstverständlich unterliegen auch diese Personen der Geheimnisverpflichtung, so dass Sie sicher sein können, dass kein Missbrauch erfolgt.

#### **4. Welche Rechte können Sie geltend machen?**

Das Gesetz verlangt von uns, dass wir Sie darüber informieren, welche Rechte Sie geltend machen können. Bitte schauen Sie sich daher Ihre Rechte im Einzelnen genau an:

Sie haben das Recht,:

- gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit uns gegenüber zu widerrufen. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen;
- gemäß Art. 15 DSGVO Auskunft über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen

Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;

- gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;
- gemäß Art. 17 DSGVO die Löschung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;
- gemäß Art. 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;
- gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten oder die Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen und
- gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde in NRW oder Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes wenden.

##### **5. Kann ich auch der Datenverarbeitung widersprechen?**

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben.

Möchten Sie von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten:

vormbrock@vormbrock.net.

##### **6. Was geschieht bei einem Hackerangriff auf unsere IT?**

Im Falle einer möglichen Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten sind wir

verpflichtet, unverzüglich die Aufsichtsbehörde darüber zu informieren, es sei denn, dass die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen führt (Art. 33 DSGVO). Hat die Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten voraussichtlich ein hohes Risiko für die persönlichen Rechte und Freiheiten natürlicher Personen zur Folge, so benachrichtigen wir – sofern erforderlich, gemäß Art. 34 Abs. 3 DSGVO) auch Sie unverzüglich von der Verletzung (Art. 34 Abs. 1 DSGVO).

**7. Wie lange müssen wir Ihre Daten aufbewahren?**

Wir müssen gesetzliche Aufbewahrungspflichten beachten, insbesondere nach der Abgabenordnung (z. B. nach § 147 Abs. 1 Nr. 1, 4 und 4a, Abs. 3 Satz 1 a. O. – 10 Jahre) und den besonderen medizinrechtlichen Vorschriften.

**8. Was gilt für Kinder und Jugendliche?**

— Kinder und Jugendliche sind noch nicht geschäftsfähig, daher ist es notwendig, dass deren Erziehungsberechtigte für ihre Kinder die nachfolgende Erklärung abgibt. Wir bitten Sie, Ihre Kinder zu informieren.

**9. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

— Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Jürgens & Partner BAG, soweit erforderlich, meine persönlichen Daten einschließlich meiner Behandlungsdaten/ die Daten einschließlich Behandlungsdaten meines Kindes aus Gründen und zum Zwecke der Behandlung und Versorgung an ärztliche und nichtärztliche Behandler sowie zahnärztliche Labore und aus Gründen der Abrechnung von Leistungen an Leistungsträger oder sonstige Organisationen (Krankenkassen, Versicherungen, Abrechnungsstellen etc.) weitergeben darf.

— Durch meine Unterschrift willige ich hierin ausdrücklich ein. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann; die Einwilligung erfolgt freiwillig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Surname, first name, address of patient\*\*  
 Born on\*\*

21 2511 1231 5 479901231 5 479901231 5 479901

\*\*Please fill in these fields

Dear patient,  
 We want to be able to completely concentrate on you and your treatment. That is why we have decided to outsource the billing to a competent partner:



BFS health finance GmbH  
 Hülshof 24 · 44369 Dortmund  
 Phone 0231-94 53 62-600  
 Fax 0231-94 53 62-688  
 servicecenter@meinebfs.de

BFS guarantees that your invoice will be processed quickly, easily and correctly. It is also your friendly and competent contact for all invoice-related matters and can offer you instalment payment options on request.

We require your written consent to enable billing in cooperation with BFS. Please sign the adjacent declarations to give your consent. For further information on data protection, please refer to our information sheet.

You can find more information about data protection at BFS and your rights at:

<https://meinebfs.de/datenschutz>

We also explain the process described here in detail at <https://meinebfs.de/FAQ>

Thank you for your trust.

## Declaration of consent\*

Legal representative for minors / legally incompetent persons / persons with limited legal capacity

First name

Surname Date of birth

Street No.

Postcode/city

I expressly agree to the following

- the transfer of my personal master data (name, date of birth and address) by the practitioner to BFS, even before the start of treatment, for the purpose of obtaining creditworthiness information from a credit agency by BFS. BFS uses the results of the enquiry for internal risk process control;
- the transmission and processing of the information required for the billing and assertion of claims (name, date of birth, address, diagnosis, service figures, treatment data and histories) to the BFS;
- the transmission and processing of the invoice number, due date and invoice amount to Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale and to European Receivables Finance SA, in each case for the purpose of securing outstanding receivables and refinancing the BFS business model;
- the transmission and processing of further health data substantiating the claim in the event of insolvency of BFS and enforcement of the claim by the refinancing bank and European Receivables Finance SA;
- the temporary use of my data by BFS to find systemic errors and optimise internal billing processes; with the data subsequently being deleted. Your data will not be stored outside BFS.

Practitioner (practice stamp / clinic stamp)

### Assignment of the claim to BFS:

- Assignment of the receivables resulting from the treatment to BFS, the refinancing bank and European Receivables Finance SA
- I have been informed that BFS will invoice me for the services provided by my practitioner and claim the invoice amount from me.

### Release from the duty of confidentiality:

I release my practitioner, his representative and BFS from their duty of confidentiality within the scope described. Should there be any disagreement about the justification of the claim, the practitioner may be heard as a witness in any dispute.

### Both parents have custody and only one parent is present.

In my capacity as legal representative, I hereby declare that I am authorised to give my sole consent to the transmission of the information required for the billing of my child by the absent custodial parent.

### Please confirm by ticking the box.

The above declarations are given voluntarily and can be withdrawn with effect for the future. Failure to sign will not result in any consequences with regard to treatment.

Date and signature of patient or legal representative

\* Deletions and/or amendments to the above declarations are not permitted and render the declaration of consent invalid.

Name, Vorname, Anschrift Patient\*\*  
 geboren am\*\*

21 2511 1231 5 479901231 5 479901231 5 479901

\*\*Bitte diese Felder unbedingt ausfüllen

Liebe Patientin, lieber Patient,  
 wir möchten uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Deshalb haben wir uns dafür entschieden, die Abrechnung einem kompetenten Partner zu übertragen:



BFS health finance GmbH  
 Hülshof 24 · 44369 Dortmund  
 Telefon 0231-94 53 62-600  
 Fax 0231-94 53 62-688  
 servicecenter@meinebfs.de

BFS gewährleistet die zügige, unkomplizierte und korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung. Sie ist zugleich Ihr freundlicher und kompetenter Ansprechpartner in allen Belangen der Rechnung und bietet Ihnen auf Wunsch auch Teilzahlungsmöglichkeiten.

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit BFS zu ermöglichen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung durch Unterzeichnung der nebenstehenden Erklärungen. Bitte beachten Sie für weitere Informationen zum Datenschutz unser Informationsblatt.

Weitgehende Informationen zum Thema Datenschutz bei BFS und zu Ihren Rechten erfahren Sie unter:

<https://meinebfs.de/datenschutz>

Überdies erklären wir Ihnen den hier dargestellten Ablauf noch einmal ausführlich unter <https://meinebfs.de/FAQ>

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.

## Einverständniserklärung\*

Gesetzlicher Vertreter bei Minderjährigen/  
 Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

Vorname

Nachname Geburtsdatum

Straße Nr.

PLZ/Ort

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden

- mit der Weitergabe meiner Personendaten (Name, Geburtsdatum und Anschrift) durch den Behandler an BFS auch vor Aufnahme der Behandlung zum Zweck der Einholung einer Bonitätsinformation bei einer Auskunft durch BFS. Die Ergebnisse der Anfrage nutzt BFS für die interne Risikoprozesssteuerung;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der für die Abrechnung und Geltendmachung der Forderungen erforderlichen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung der Rechnungsnummer, dem Fälligkeitsdatum sowie der Rechnungshöhe an die Landesbank Hessen-Thüringen Girozentrale, sowie an die European Receivables Finance SA, jeweils zum Zwecke der Sicherung offener Forderungen und zur Refinanzierung des Geschäftsmodells der BFS;
- mit der Übermittlung und Verarbeitung weiterer forderungsbegründender Gesundheitsdaten im Falle der Zahlungsunfähigkeit der BFS und Geltendmachung der Forderung durch die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA;
- mit der befristeten Nutzung meiner Daten durch BFS zum Auffinden systemischer Fehler und Optimierung interner Abläufe bei der Abrechnung; mit anschließender Löschung der Daten. Eine Speicherung Ihrer Daten außerhalb von BFS findet nicht statt.

Behandler (Praxisstempel/Klinikstempel)

### Abtretung der Forderung an BFS:

- Abtretung der sich aus der Behandlung ergebenden Forderungen an BFS, die refinanzierende Bank und die European Receivables Finance SA
- Ich wurde darüber informiert, dass BFS die Leistungen meines Behandlers mir gegenüber abrechnen und den Rechnungsbetrag bei mir geltend machen wird.

### Schweigepflichtsentbindung:

Ich entbinde meinen Behandler, seine Vertretung und BFS in dem aufgezeigten Rahmen jeweils von ihrer Schweigepflicht. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, kann der Behandler in einer etwaigen Auseinandersetzung als Zeuge gehört werden.

### Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend.

Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.

### Bitte durch Ankreuzen bestätigen.

Vorstehende Erklärungen werden freiwillig erteilt und können mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bei Nichtunterzeichnung entstehen keine Nachteile im Hinblick auf die Behandlung.

Datum und Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

\* Streichungen und/oder Änderungen der vorstehenden Erklärungen sind nicht zulässig und machen die Einverständniserklärung unwirksam.