



## Anamnesebogen

**Herzlich willkommen in unserer Praxis!** Bevor wir uns über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine adäquate und sichere Behandlung. Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung der einzelnen Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Bitte ausgefüllt und unterschrieben zu Ihrem ersten Termin mitbringen. Schneller geht es online: [zahnarzt-schwalmtal.de/anamnese](https://zahnarzt-schwalmtal.de/anamnese)

### Patient(in)

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich \_\_\_\_\_

### Versicherte(r) nur ausfüllen, wenn nicht identisch mit Patient(in)

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_ Telefon privat \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

### Krankenversicherung

Versicherungsart: ☐ Gesetzlich ☐ Privat ☐ Zusatzversicherung

Name der Krankenkasse / Versicherung \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Zweigstelle \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name, Ort \_\_\_\_\_

### Welches besondere Anliegen hat Sie zu diesem Zahnarztbesuch veranlasst? (Mehrfachauswahl möglich)

☐ Kontrolluntersuchung

☐ Zahnschmerzen

☐ Zahnfleischbluten

☐ Beratung über Zahnersatz

☐ Kiefergelenksbeschwerden

☐ Beratung bzgl. Implantaten

☐ Professionelle Zahnaufhellung

☐ Beratung über Austausch von Amalgamfüllungen

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

Wünschen Sie Informationen über unser intensives  
Prophylaxeprogramm gegen Karies und Parodontose?

☐ Nein ☐ Ja



**Besteht bzw. bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?** Falls ja, bitte kurz erläutern.

**Allgemeine Erkrankungen**

|                                                                        |                               |                             |  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| Allergie (wenn ja, welche?)                                            | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Allergiepass vorhanden?                                                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Atemwegserkrankungen (wenn ja, welche?)                                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Blutgerinnungsstörungen                                                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Nehmen Sie Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen? (z. B. Marcumar) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Diabetes (wenn ja, welcher Typ?)                                       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                                              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Schilddrüsenerkrankungen                                               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |

**Herz-Kreislauf-Erkrankungen**

|                                 |                               |                             |  |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| Herzinsuffizienz / Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Angina Pectoris                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Herzinfarkt                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Herzrhythmusstörungen           | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Herzschrittmacher               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Herzklappenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Herzklappenersatz               | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Besitzen Sie einen Herzpass?    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Ohnmachtsneigung                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Erhöhter Blutdruck              | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Niedriger Blutdruck             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Durchblutungsstörungen          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Blutkrankheiten                 | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |

**Infektionskrankheiten**

|                            |                               |                             |  |
|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| TBC (Tuberkulose)          | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Immunmangel-Syndrom (AIDS) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |

**Sonstige Erkrankungen**

|                         |                               |                             |  |
|-------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| Lebererkrankungen       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Nierenerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Osteoporose             | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Rheumaerkrankungen      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |
| Tumorerkrankungen       | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |  |



### Weitere Fragen Falls ja, bitte kurz erläutern.

Sind Sie alkohol- oder drogenabhängig? ☐ Nein ☐ Ja

Reagieren Sie auf bestimmte Medikamente oder Materialien überempfindlich? ☐ Nein ☐ Ja

Hatten Sie Reaktionen auf Spritzen? ☐ Nein ☐ Ja

Patientinnen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Nehmen Sie Medikamente? (wenn ja, welche?) ☐ Nein ☐ Ja

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Welche Medikamente?

### Röntgen

Haben Sie einen Röntgenpass? ☐ Nein ☐ Ja

Ungefähres Datum der letzten Röntgenuntersuchung

Was wurde bei Ihnen zuletzt geröntgt?

Unsere modernen Röntgengeräte gewährleisten eine möglichst geringe Strahlendosis! Wir weisen darauf hin, dass eine Anästhesie Reaktionsfähigkeit und Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen kann. Bitte teilen Sie uns Änderungen der oben genannten Angaben umgehend mit.

### Einwilligung Foto- und Filmdokumentation Freiwillig – Ihre Entscheidung hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

Ich bin einverstanden, dass Behandlungen fotografisch und filmisch dokumentiert werden und ggf. zu Qualitätssicherungs- und Fortbildungszwecken verwendet werden dürfen. ☐ Nein ☐ Ja

### Unterschrift zum Gesundheitsfragebogen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) bzw. Erziehungsberechtigte(r)



### Terminerinnerung (Recall)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, am Recall-System (Terminerinnerung) der Zahnärztlichen Gemeinschaftspraxis Doctor-medic stom. (RO) Radu Hotinceanu & Doctor-medic stom. (RO) Lorelai Hotinceanu teilzunehmen. Bitte informieren Sie mich:

☐ per Telefon ☐ per E-Mail ☐ per Post (keine Auswahl = keine Teilnahme)

### Professionelle Zahnreinigung

Haben Sie schon einmal an einer professionellen Zahnreinigung (PZR / Individualprophylaxe) teilgenommen? ☐ Nein ☐ Ja

Wünschen Sie Informationen darüber, welche Leistungen während der professionellen Zahnreinigung durchgeführt werden? ☐ Nein ☐ Ja

### Wichtige Anmerkungen zur Behandlung in unserer Praxis

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihre Gesundheit auf das umstrittene Amalgam verzichten. Wir verwenden für Sie u. a. biologisch verträgliche Zementfüllungen, vollkeramische Inlays oder Goldinlays.

Sollten Sie einmal außerhalb Ihres Termins Schmerzen oder Probleme haben, bieten wir Ihnen hierfür spezielle Zeiten an. Wir bitten hier um eine vorherige telefonische Terminvereinbarung.

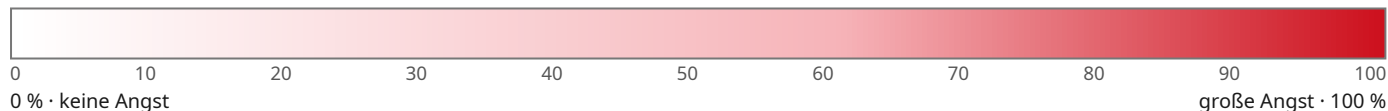
Da wir uns für Ihre Behandlung ausreichend Zeit einplanen, bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Diese Absage ist dann nicht kostenpflichtig. Bei Versäumnis oder kurzfristiger Absage längerer Behandlungstermine (ab 30 Minuten) kann eine Ausfallgebühr in Höhe von ca. 100,00 Euro anfallen.

Ort, Datum

Unterschrift (Hinweise zur Kenntnis genommen)

### Special Care – für unsere Angstpatienten

Bitte stellen Sie sich die folgende Frage in Ruhe mit geschlossenen Augen vor und markieren Sie danach Ihre Empfindung auf der Skala, ohne weiter zu überlegen: Wie fühlen Sie sich bei dem Gedanken, Sie müssten morgen zum Zahnarzt, weil ein Zahn behandelt werden soll? Bitte machen Sie einen senkrechten Strich auf der Skala.



**Abrechnung über die ZA (freiwillig):** Auf den letzten beiden Seiten finden Sie die Einverständniserklärung der ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG und die Informationen nach Art. 14 DSGVO. Wenn Sie einverstanden sind, unterschreiben Sie bitte die Einverständniserklärung; die Informationsseite behalten Sie. Ohne Einverständnis zahlen Sie private Leistungen und Eigenanteile direkt nach der Behandlung bei uns in der Praxis – bar oder mit Karte. Ihre Entscheidung hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

**Patient<sup>1</sup>**

|                    |
|--------------------|
| Vorname, Nachname* |
| Straße, Haus-Nr.*  |
| PLZ, Ort*          |
| Geburtsdatum*      |

\*Pflichtfeld

**Ggf. gesetzliche(r) Vertreter(in)  
oder abweichender Rechnungsempfänger:**

Bei Minderjährigen/Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

|                   |
|-------------------|
| Vorname, Nachname |
| Straße, Haus-Nr.  |
| PLZ, Ort          |
| Geburtsdatum      |

per Hand oder digital ausfüllbar

**Einverständniserklärung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und zur Forderungsabtretung, zur Datenweitergabe sowie zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht****Einwilligung zur Forderungsabtretung**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Einheit<sup>2</sup> (siehe Angaben im Stempel) die sich aus meiner Behandlung ergebenden Forderungen an die **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG**, Werftstr. 21, 40549 Düsseldorf (kurz **ZA AG**) abtritt. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die **ZA AG** ihrerseits diese Forderung an Refinanzierer (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG oder an die UniCredit Bank GmbH) weiter abtritt.

**Datenschutzrechtliches Einverständnis**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandelnde Einheit, als ursprünglich datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle, die sich aus meiner Behandlung ergebenden personenbezogenen Daten (v.a. Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum sowie weitere nach den einschlägigen Gebührenordnungen oder nach sonstigen Rechnungslegungsvorschriften erforderliche bzw. auch bei Abrechnungstreitigkeiten ggf. weitere notwendige Daten wie Befunde, Leistungsziffern und Behandlungstermine/Leistungszeitpunkte) an die **ZA AG** zu Abrechnungszwecken weitergeben darf.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die **ZA AG** die von meiner behandelnden Einheit an sie abgetretenen Forderungen bzw. die damit zusammenhängenden Daten in grundsätzlich reduzierter Form (Adress- und Stammdaten) zum Zwecke der Refinanzierung an die oben genannten Refinanzierer mit der Folge weitergeben kann, dass in Bezug auf die reduziert weitergegebenen Daten eine weitere datenschutzrechtliche Verantwortlichkeit der jeweils refinanzierenden Einheit begründet wird.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die verantwortliche Stelle Bonitätsauskünfte bei der SCHUFA Holding AG, Creditreform Boniversum GmbH oder infoscore Consumer Data GmbH einholen kann und dazu meinen Namen, meinen Vornamen, mein Geburtsdatum und meine Anschrift an die Auskunftsteilnehmer übermitteln (Bonitätsabfragen bei Auskunftsteilnehmern).
- Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass meine Daten mithilfe des internen Bonitätsbewertungstools der **ZA AG (ZA:riskmanager)** ggf. automatisiert verarbeitet werden, um zu ermitteln, ob und inwieweit eine Forderung mir gegenüber erfolgreich durchgesetzt werden kann (softwarebasierte Bonitätsbewertung).

**Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

- In Kenntnis der Folgen meiner Erklärung entbinde ich meine behandelnde Einheit gegenüber der **ZA AG** sowie mittelbar gegenüber einem der jeweiligen Refinanzierer (Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG oder UniCredit Bank GmbH) hinsichtlich meiner im Zusammenhang mit der Behandlung und Abrechnung erhobenen Daten widerruflich von der (zahn-)ärztlichen Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung soll eine Weitergabe bzw. Weiterverarbeitung meiner Daten zu Abrechnungs- und Refinanzierungszwecken ermöglichen. Mir ist bekannt, dass nur für bestimmte Berufsgruppen (Ärzte etc.) und ihre Angestellten strenge gesetzliche bzw. berufsrechtliche und nach § 203 StGB strafrechtlich sanktionierbare Verschwiegenheitspflichten gelten, die infolge der Weitergabe und (Weiter-)Abtretung für die o. g. Refinanzierer bzw. deren handelnden Personen, die meine Daten weiterverarbeiten, nicht mehr gelten müssen.

**Freiwilligkeit und Folgenlosigkeit der Nichterteilung des Einverständnisses sowie Widerruflichkeit**

Das Einverständnis ist freiwillig, insbesondere darf die behandelnde Einheit die Behandlung nicht von der Erteilung der vorstehenden Einverständniserklärungen abhängig machen bzw. gemacht haben und Sie auch keinen Nachteilen bei der Behandlung aussetzen, wenn Sie Ihr Einverständnis nicht erteilen.

Die Einverständniserklärung kann für zukünftige Behandlungen ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Für die laufende Behandlung ist der Widerruf nur solange möglich, wie die behandelnde Einheit die Daten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird vom Widerruf des Einverständnisses nicht berührt.

Betroffenen stehen ferner die weiteren in den beigefügten Informationen nach Art. 14 DSGVO dargestellten Rechte zu.

**Bestätigung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die beigefügte Information nach Art. 14 DSGVO erhalten habe, das Einverständnis freiwillig und in Kenntnis der Widerruflichkeit erteile.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter\*

\*Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzliche Vertretung, zur alleinigen Erklärung und Unterschrift berechtigt zu sein.

Praxisstempel

1 Selbst wenn in diesem Text nur die männliche Form Verwendung findet, sind alle Geschlechter gleichermaßen gemeint.

2 Der Begriff „behandelnde Einheit“ ist unabhängig von der Rechts- und Organisationsform (z. B. Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft bzw. einzelner behandelnder (Zahn-)Arzt, medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), (Tages-)Klinik) zu verstehen.



# INFORMATION NACH ART. 14 DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

BEI ABRECHNUNG DURCH DIE ZA ZAHNÄRZTLICHE ABRECHNUNGSGESELLSCHAFT DÜSSELDORF AG  
STAND: 05.06.2025



## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um mehr Zeit für Sie zu gewinnen, arbeitet Ihre behandelnde Einheit als Kunde mit der **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG** (kurz **ZA AG**) zusammen. Die behandelnde Einheit kann sich dadurch besser auf Ihre Behandlung konzentrieren, während die **ZA AG** die Rechnungsbearbeitung übernimmt.

Dazu benötigt die behandelnde Einheit Ihr Einverständnis über die beigefügte Einverständniserklärung. Mit den folgenden Informationen möchten wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (nachfolgend Daten) informieren.

### 1. Wer ist für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlich?

Die

**ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG**  
Werftstr. 21  
40549 Düsseldorf  
Telefon: 0211 56 93 - 100  
E-Mail: info@zaag.de

ist für die Verarbeitung Ihrer Daten verantwortlich. Die **ZA AG** verarbeitet Ihre Daten im Einklang mit den datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere denjenigen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Die **ZA AG** hat zur Erfüllung ihrer datenschutzrechtlichen Verpflichtungen eine Datenschutzbeauftragte bestellt. Sie erreichen unsere Datenschutzbeauftragte postalisch unter o.g. Adresse oder per E-Mail unter [datenschutz@zaag.de](mailto:datenschutz@zaag.de).

### 2. Welche Datenkategorien werden verarbeitet?

Ihre Daten, wie Name, Vorname, Anschrift und Geburtsdatum sowie Daten aus dem Behandlungsverhältnis, wie Leistungsziffern und Behandlungstermine/Leistungszeitpunkte und ggf. auch Befunde sowie Bonitätsinformationen, werden von der **ZA AG** verarbeitet, sofern diese Daten für die Rechnungsstellung nach den einschlägigen Gebührenordnungen oder sonstigen Rechnungslegungsvorschriften und Geltendmachung der Forderung erforderlich sind. Weiterhin können auch weitere, von Ihnen freiwillig mitgeteilte Daten (z.B. Zahlungsverkehrsdaten), einschließlich gegen die Forderung vorgebrachte Einwendungen, verarbeitet werden.

### 3. Was sind die Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlagen?

Personenbezogene Daten, einschließlich besonderer Kategorien von Daten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO (insbesondere in Form Ihres Gesundheitsstatus), werden, soweit Sie eingewilligt haben, zu Zwecken der Rechnungsstellung, Geltendmachung und Refinanzierung der an die **ZA AG** verkauften und damit einhergehend abgetretenen Forderungen verarbeitet.

Da die **ZA AG** gegenüber ihren Kunden (darunter Ihre behandelnde Einheit) in Vorleistung tritt und gleichzeitig die Refinanzierung der von der **ZA AG** angekauften Forderungen gewährleistet sein muss, möchte die **ZA AG** sich zudem vergewissern, ob die an Sie verkauften und damit einhergehend abgetretenen Forderungen auch durchsetzbar sind. Daher erfragt die **ZA AG**, soweit Sie eingewilligt haben, vor Ankauf der Forderungen bei Auskunfteien die Informationen zur Bonitätsbeurteilung, welche in ein **ZA AG**-eigenes, softwarebasiertes Bonitätstool einfließen und durch **ZA AG**-Mitarbeiter weiter bearbeitet werden (**ZA: riskmanager**). Mithilfe des **ZA: riskmanager**-Tools wird aufgrund Ihrer Daten jeweils eine aktuelle Einschätzung ermittelt, ob und inwieweit eine Forderung Ihnen gegenüber auch im Falle einer nicht fristgerechten Zahlung erfolgreich durchgesetzt werden kann.

Die Verarbeitung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis Ihres Einverständnisses gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a) i.V.m. Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Für den Fall, dass die **ZA AG** nach Erteilung Ihres Einverständnisses beabsichtigt, ihre Forderungen – wie vorstehend skizziert – durchzusetzen, beruft sich die **ZA AG** auch auf ihr berechtigtes Interesse an Datenverarbeitung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO bzw. auf das Recht zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. f) DSGVO. Das berechtigte Interesse folgt u.a. aus der Verpflichtung der **ZA AG** als reguliertes Finanzdienstleistungsinstitut Forderungen durchzusetzen oder Rechtsansprüche von Dritten abzuwehren und setzt regelmäßig eine ausreichende Dokumentation voraus.

### 4. An wen werden personenbezogene Daten übermittelt?

Personenbezogene Daten können an verschiedene Datenempfänger – zum Teil als eigenständige Verantwortliche, zum Teil, wie bspw. im Kontext der Verbuchung von Zahlungen, dem Rechnungsvorsand oder der technischen Infrastruktur, als Auftragsverarbeiter nach Art. 28 DSGVO agierend – übermittelt werden.

Im Rahmen unserer Unternehmensprozesse setzen wir KI-basierte Technologien ein, um bestimmte Aufgaben wie u.a. die Sortierung von Dokumenten oder die Bereitstellung von Sprachbot-Diensten zu optimieren. Daneben setzen wir auch Cloud-Dienste ein. Diese Technologien werden dabei ausschließlich in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzvorgaben genutzt. Wir stellen sicher, dass alle personenbezogenen Daten geschützt werden, im europäischen Datenraum gespeichert werden und dass Ihre Rechte jederzeit gewahrt bleiben. Weitere Informationen darüber, wie Ihre Daten verarbeitet werden, können Sie jederzeit bei uns anfordern.

Zur Refinanzierung der **ZA AG**-Forderungen werden zudem insbesondere Ihre Adress- und Stammdaten, soweit Ihr Einverständnis hierfür vorliegt, unter Beachtung von technisch-organisatorischen Sicherheitsmechanismen und Regularien an Refinanzierer (die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG (kurz apoBank) [www.apobank.de/daten-schutz](http://www.apobank.de/daten-schutz) oder die UniCredit Bank GmbH [www.hypovereinsbank.de/hvb/footer/daten-schutz](http://www.hypovereinsbank.de/hvb/footer/daten-schutz)) weiterübermittelt. Die Abtretung an Refinanzierer erfolgt mit der Maßgabe, dass grundsätzlich keine Behandlungsdaten an die Refinanzierer weitergegeben werden. Soweit Unstimmigkeiten über das Bestehen oder die Höhe von Abrechnungsansprüchen auftreten, wird die Durchsetzung abgetretener Ansprüche grundsätzlich nicht durch die Refinanzierer betrieben. Vielmehr ist der Sicherungsgeber (**ZA AG**) verpflichtet, auf

Verlangen der refinanzierenden Einheit die Ansprüche selbst für Rechnung der refinanzierenden Einheit geltend zu machen, sodass es auch grundsätzlich nur der Übermittlung reduzierter Datensätze bedarf.

Einwände gegen die Forderung – auch und insbesondere, soweit sie sich aus der Behandlung und der Krankengeschichte ergeben – sind daher regelmäßig gegenüber der **ZA AG** zu erheben. Auch eine Zahlung mit schuldbefreiender Wirkung kann nach Abtretung der behandelnden Einheit ausschließlich an die **ZA AG** und nicht mehr an die behandelnde Einheit erfolgen. Nur in Einzelfällen, wie bspw. im atypischen Falle der Insolvenz der **ZA AG**, erhält der jeweilige Refinanzierer – unter Wahrung der anwendbaren Datenschutzvorschriften – ggf. die vollständigen, bei der **ZA AG** vorliegenden, Datensätze; in diesem (Ausnahme-)Fall also ggf. einschließlich von Befunddaten.

Die **ZA AG** übermittelt einzelne Ihrer personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift) zudem auf Basis Ihres Einverständnisses an folgende Auskunfteien zur Bonitätsabfrage:

- SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, <https://www.schufa.de/global/datenschutz-dsgvo/>.
- Creditreform Boniversum GmbH, Hammfelddamm 13, 41460 Neuss, <https://www.creditreform.de/datenschutz>.
- infocore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden <https://www.experian.de/legal/datenschutz>

Angefragt wird eine sogenannte B-Auskunft, mit der lediglich – falls vorhanden – auskunftspflichtige Merkmale mitgeteilt werden.

Ggf. werden zwei der oben genannten Auskunfteien um Auskünfte ersucht. Hintergrund hierfür ist, dass die Zuverlässigkeit der Auskünfte verifiziert werden soll.

Ein Drittlandtransfer findet nicht statt.

### 5. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Ihre Daten können nach Erreichung des ursprünglichen Zwecks für einen Zeitraum von bis zu 10 Jahren aus steuer- und handelsrechtlichen Gründen (insbesondere §§ 147 Abgabenordnung (AO), 257 Abs. 1 und 4 Handelsgesetzbuch (HGB)), bei titulierten Forderungen sogar bis zu 30 Jahren, durch den Forderungsinhaber bzw. die jeweilige verantwortliche Stelle gespeichert werden. Aufgrund von gesetzlichen Aufbewahrungspflichten oder berechtigten Interessen nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO (insbesondere zur Rechtsdurchsetzung und -verteidigung) kann eine Speicherung (ggf. eingeschränkt) auch bei einer weiteren datenschutzrechtlich verantwortlichen Stelle erfolgen.

### 6. Aus welcher Quelle stammen Ihre Daten?

Die an uns übermittelten Daten erhalten wir von Ihrer behandelnden Einheit aufgrund Ihres Einverständnisses zur Datenübermittlung und Schweigepflichtentbindungserklärung. Darüber hinaus erhalten wir von Ihnen selbst Daten, z.B. im Rahmen des Zahlungsverkehrs.

### 7. Betroffenenrechte nach Art. 15 ff. und Art. 77 DSGVO

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Sollten Daten über Ihre Person falsch oder nicht mehr aktuell sein, haben Sie das Recht, deren Berichtigung zu verlangen. Sie haben außerdem das Recht, die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten nach Maßgabe von Art. 17 bzw. 18 DSGVO zu verlangen. Sofern Sie Daten bereitgestellt haben und die Verarbeitung diesbezüglich auf automatisierten Verfahren und auf Ihrem Einverständnis beruht, haben Sie das Recht, diese von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Ihre Einverständniserklärung kann für zukünftige Behandlungen ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Für die laufende Behandlung ist der Widerruf solange möglich, wie die behandelnde Einheit die Daten noch nicht an die **ZA AG** weitergeleitet hat. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird vom Widerruf des Einverständnisses nicht berührt.

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, gegen die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die aufgrund von – wie hier partiell ggf. – berechtigten Interessen gemäß Art. 6 lit. f) DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein etwaiges auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Die datenschutzrechtlich verantwortliche Stelle verarbeitet die Sie betreffenden personenbezogenen Daten nicht mehr, es sei denn, sie kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Sollten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen wollen oder haben Sie allgemeine Fragen zum Datenschutz rund um die **ZA AG**, können Sie sich jederzeit an die eingangs genannten Kontaktdaten wenden.

Daneben haben Sie – unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs – die Möglichkeit, sich nach Art. 77 DSGVO an eine Datenschutzbehörde zu wenden und dort Beschwerde einzureichen. Die am Sitz der **ZA AG** zuständige Behörde ist die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf. Sie können sich aber auch an die für Ihren Wohnort zuständige Datenschutzbehörde wenden, die Ihr Anliegen dann an die zuständige Behörde weiterleiten wird.

Mit besten Grüßen

Ihre **ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf AG**

