|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Protokoll Risikobeurteilung**für Datenschutz-Folgenabschätzunggemäß Art. 35 DSGVO (Muster) |  | Praxisstempel |

**A. Allgemeine Angaben zur Risikobeurteilung**

1. Verantwortlicher Prüfer:

|  |  |
| --- | --- |
| Name |       (Angabe des Praxisinhabers) |
| Name |       (Angabe weiterer Praxisinhaber bei Gemeinschaftspraxis) |

2. Beteiligte Personen (optional):

|  |  |
| --- | --- |
| Name |       (an Prüfung ggf. beteiligte/r Mitarbeiter/innen) |
| Name |       (an Prüfung ggf. beteiligte Auftragsdatenverarbeiter) |
| Name |       (an Prüfung ggf. beteiligter Datenschutzbeauftragter) |

3. Zeitpunkt der Risikobeurteilung:

|  |  |
| --- | --- |
| Zeitpunkt |       (vor/nach Beginn der Datenverarbeitung) |

**B. Risikobeurteilung**

Die zu beurteilende Zahnarztpraxis entspricht bei der Datenverarbeitung einem üblichen Umfang und verwaltet dafür folgende Daten:

* Patientendaten für Behandlungsvertrag und zur gesetzlichen Dokumentation in einer Papier- bzw. elektronischen Patientenakte sowie für Abrechnung von Kassen- und Privatleistungen (ggf. durch Abrechnungsinstitut) und Erstellung von Zahnersatz (ggf. durch Fremdlabor)
* Personaldaten für Arbeitsverhältnisse und Lohnbuchhaltung (ggf. durch Lohnbüro)
* Daten der Besucher der praxiseigenen Internetseite
* Sonstige Personendaten zu Geschäfts- und Behördenkontakten der Praxis
* Sonstige besondere Verfahren (z.B. DNA Analyse) oder neue Technologien finden keine Anwendung

 [ ]  **Ja** 🡪 Folgenabschätzung **nicht** erforderlich

[ ]  **Nein** 🡪 Folgenabschätzung wahrscheinlich erforderlich

(Landesdatenschutzbehörde für eine Beratung kontaktieren)

**C. Unterschrift:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Datum** | **Unterschrift** |
| **Verantwortlicher Prüfer** |       |  |