**A. Grundsätzliche Verantwortlichkeit**

**1. Verantwortliche/r Praxisinhaber/in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Name |       (weitere Gesellschafter bei einer Gemeinschaftspraxis) |
| Name |       (weitere Gesellschafter bei einer Gemeinschaftspraxis) |

**2. Datenschutzbeauftragte/r :** *(wenn in der Praxis vorhanden)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name |       (Angaben nur bei Bestellung eines DSB erforderlich) |
| Adresse |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**B. Abteilungsbezogene Zuständigkeit**

**1. Zuständige/r für EDV:** *(wenn in der Praxis vorhanden)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Adresse |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**2. Zuständige/r für Patientenakten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**3. Zuständige/r für Personalakten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**4. Zuständige/r für Internetseite:** *(wenn in der Praxis vorhanden)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**5. Zuständige/r für**      **:** *(optional für ggf. in der Praxis bestehende Vorgänge, z.B. Facebook-Auftritt)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**C. Maßnahmenbezogene Zuständigkeit (zu Ziffer 1-4: wenn ein DSB bestellt wurde, ist dieser verantwortlich)**

**1. Zuständige/r für Risikobeurteilung zur Folgenabschätzung:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**2. Zuständige/r für Anfragen der Datenschutzbehörde:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**3. Zuständige/r für Patientenanfragen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**4. Zuständige/r bei Datenpannen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

**5. Zuständige/r für**      **:** *(optional für ggf. in der Praxis anfallende Maßnahmen, z.B. Datenvernichtung)*

|  |  |
| --- | --- |
| Name |        |
| Abteilung |        |
| Telefon |        |
| E-Mail |        |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Datum** | **Unterschrift** |
| **Verantwortliche/r für den Datenschutz** |       |  |