

Fortbildung

Interner Datenschutzbeauftragte/ in zahnärztlichen Praxen



Kurs Nr.:	10277-19001
Datum:	Samstag, 23.02.2019 (Präsenzveranstaltung) zuzüglich 6 – 8 Stunden Online-Selbststudium
Kursort:	FAZH GmbH, Rhonstr. 4, 60528 Frankfurt
Kurs Nr.:	10277-19002
Datum:	Mittwoch, 20.03.2019 (Präsenzveranstaltung) zuzüglich 6 – 8 Stunden Online-Selbststudium
Kursort:	FAZH GmbH, Mauerstraße 13, 34117 Kassel
Kurs Nr.:	10277-19003
Datum:	Freitag, 05.04.2019 (Präsenzveranstaltung) zuzüglich 6 – 8 Stunden Online-Selbststudium
Kursort:	FAZH GmbH, Rhonstr. 4, 60528 Frankfurt
Referenten:	Katja Frings, Leitung des Consultings, OPTI Zahnarztberatung GmbH Rechtsanwalt Jan Ippach, Dr. Halbe Rechtsanwälte
Uhrzeit:	09:00 Uhr bis 16:00 Uhr
Kursgebühr:	195,00 EUR inkl. 19% MwSt.
Kursort:	FAZH GmbH, Rhonstr. 4, 60528 Frankfurt
Fortbildungspunkte:	7

Nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) benötigt Ihre Praxis einen Datenschutzbeauftragten, sofern dort regelmäßig 10 oder mehr Personen mit der Verarbeitung von Daten befasst sind. Sofern Sie keinen externen Datenschutzbeauftragten unter Vertrag nehmen wollen, können Sie sich auch für die Benennung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters Ihrer Praxis entscheiden. Die betreffende Person muss jedoch die erforderliche Sach- und Fachkunde im Datenschutz vorweisen können. Dafür haben wir eine Fortbildung konzipiert, die die wesentlichen Kenntnisse im Datenschutz insbesondere durch Vermittlung der für Zahnarztpraxen relevanten Vorgaben der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie des Hessischen Datenschutzgesetzes vermittelt.

- **Ziele des Datenschutzes, Persönlichkeitsschutz, Datengeheimnis**
- **Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung / Betroffenenrechte**
- **Benennung, Pflichten und Verantwortlichkeit des Datenschutzverantwortlichen**
- **Technische und organisatorische Maßnahmen**
- **Mitarbeiterschulung Datenschutz**

Wichtig – bitte unbedingt beachten:

- Prüfen Sie sorgfältig, wen Sie für ihrer Praxis zum Datenschutzbeauftragten benennen. Es gilt hier den besonderen Kündigungsschutz (solange er benannt ist, 1 Jahr nach Beendigung der Benennung), Fluktuation, aber auch die Einsichtsrechte des Datenschutzbeauftragten in personenbezogene Daten in der Praxis zu erwägen.
- Voraussetzung für eine erfolgreiche Teilnahme an dem von der Landes Zahnärztekammer Hessen / FAZH angebotenen Kurs ist **ein ca. 6 – 8-stündiges Online-Selbststudium**, in dessen Rahmen das ZQMS-Modul Datenschutz (kostenfreier Zugang unter www.zqms.de) durchgearbeitet werden muss. Der / die künftige Datenschutzbeauftragte legt hier ein Datenschutz-Handbuch für die Praxis an und macht sich mit den speziellen Anforderungen des Datenschutzes in der zahnärztlichen Praxis vertraut. **Dieser Online-Teil der Fortbildung ist zwingend vor dem Präsenztag abzuleisten.**
- Das Verhältnis des Datenschutzbeauftragten zum verantwortlichen Praxisinhaber/-in muss zur Vermeidung von Interessenkonflikten von einer gewissen Unabhängigkeit geprägt sein. Nach Auskunft des hessischen Datenschutzbeauftragten ist daher zum Beispiel die Bestellung von Familienangehörigen grundsätzlich nicht möglich.

Ansprechpartner zum Kursangebot:

Michelle Klecz
Tel: 069/427275-182
Fax: 069/427275-194
Mail: klecz@fazh.de

Ansprechpartnerinnen ZQMS-Modul Datenschutz:

Frau Josefin Theissen, Silke Lehmann
Tel: 069/427275-163, 162
Fax: 069/427275-105
Mail: theissen@lzkh.de, silke_lehmann@lzkh.de

Zur Anmeldung benutzen Sie bitte die Faxanmeldung auf der Rückseite.

Anmeldung

Interner Datenschutzbeauftragte/r in zahnärztlichen Praxen

per Fax an 069 427275-194

oder Email an klecz@fazh.de



Kurs-Nr. — am _____

Teilnehmer

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ FAX _____

Die Zahlung der Gebühr erfolgt durch

Überweisung nach Erhalt einer Rechnung

durch Teilnehmer _____ Arbeitgeber _____
Unterschrift Name und Unterschrift

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55FZH00000556826; Mandatsreferenz: wird mit Rechnung mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die FAZH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FAZH GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ Kontoinhaber _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Praxisstempel

Die FAZH erhebt, verarbeitet und speichert die von Ihnen eingegebenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Verarbeitung Ihrer Anmeldung und gemäß den Regelungen der DSGVO. Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Im Anhang finden Sie unsere Datenschutzerklärung.

Einwilligung:

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

Eine Bearbeitung der Anmeldung ohne Ihre Einwilligung ist uns leider nicht möglich. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.