



Kompetenz - Erfahrung - Vertrauen
seit 9 Jahren in der FOCUS Ärzteliste

IZI – Patienteneinwilligung (Z) / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Name, Vorname, Geb.-Datum _____

Adresse _____

Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG Dres. Streckbein) zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort/Datum

Unterschrift

IZI - Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Arzt, Zahnarzt/-ärztin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kollegen/-innen aus der hiesigen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG Dres. Streckbein) sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Hilfspersonen.

Ort/Datum

Unterschrift

IZI – Patienteneinwilligung / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Dentallabor

Im Rahmen der prothetischen Versorgung werden personenbezogene Daten von unserer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG Dres. Streckbein) an das für Sie zuständige Dentallabor weitergegeben. Die Weitergabe der Daten an das Dentallabor sowie die Speicherung und Verarbeitung der Daten durch das Dentallabor ist für die Planung, Herstellung und Abrechnung der Leistungen Ihres Zahnersatzes erforderlich.

Folgende Daten können übermittelt werden:

- Name, Geschlecht, Alter oder Geburtsjahr, Versicherungsstatus
- Zahnstatus, Art und Umfang der geplanten oder beauftragten zahntechnischen Arbeit, Regel, gleichartige- und andersartige Versorgung, XML-Nummer
- Abdrücke der Zähne und der Kiefer, Modelle, Zahnfarbe
- Weitere Angaben: Mögliche persönliche Vorstellung im Zahnlabor zur Zahnfarbenbestimmung, Bißregistrierung, etc.

Einige Arbeitsschritte Ihrer zahntechnischen Arbeit können in digitale Fertigung erfolgen. Hierzu werden ggf. Konstruktionsdaten oder Modelle pseudonymisiert an ein CAD/CAM Fräszentrum weitergegeben.

Bitte ankreuzen:

- Ja ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. personenbezogenen Daten pseudonymisiert an ein CAD/CAM Fräszentrum weitergegeben werden.
- Ja ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. personenbezogenen Daten an ein Dentallabor weitergegeben werden. Meine personenbezogenen Daten dürfen von dem Dentallabor gespeichert und verarbeitet werden.

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort/Datum

Unterschrift

IZI – Patienteneinwilligung / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

IZI – Zuweiser und Kollegen

Hiermit entbinde ich die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG Dres. Streckbein) von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine behandlungsrelevanten ärztlichen Behandlungsunterlagen (z.B. Arztbriefe, Befundberichte, Ergebnisse histopathologischer Untersuchungen, Röntgenbilder, Modelle, etc.) mit meinem Zahnarzt/Dermatologen/HNO/Hausarzt ausgetauscht werden dürfen.

Ort/Datum

Unterschrift

IZI - Informationssystem

Damit wir Sie über neue Errungenschaften in unserem Fachgebiet informieren dürfen, benötigen wir Ihr Einverständnis. Gerne möchten wir Ihnen neue Techniken und unsere Leistungen in Form von Informationsveranstaltungen präsentieren. Hierzu planen wir persönliche Einladungen per Post oder Email an Sie zu versenden.

Ich bin bereit, an Ihrem Informationssystem teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort/Datum

Unterschrift

IZI – Patienteneinwilligung / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

IZI - Recall-System

Damit wir Sie an zukünftige sinnvolle Termine zur Nachsorge und Kontrolle erinnern dürfen (z.B.: per SMS, Email oder Post), benötigen wir Ihr Einverständnis.

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-System teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG Dres. Streckbein) zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort/Datum

Unterschrift

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben, wenden Sie sich gerne an uns oder unser IZI-Team.

Dr. Dr. Roland Streckbein | Dr. Eva Maria Streckbein | Priv.-Doz. Dr. Dr. Philipp Streckbein