

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

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**IZI - Patienteneinwilligung (zahnärztlich) / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)**

Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Prof. Dr. Dr. Streckbein & Kollegen (IZI – Zentrum für Zahnimplantate & MKG-Chirurgie) zu. Ich bin hiermit 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

**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**

---

### **IZI - Kommunikation im Zentrum für Zahnimplantate & MKG-Chirurgie**

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 Praxis Prof. Dr. Dr. Streckbein & Kollegen (IZI | Zentrum für Zahnimplantate & MKG-Chirurgie) 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 Praxis tätigen Hilfspersonen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### **IZI - Kommunikation mit Überweisern und Kollegen**

Hiermit entbinde ich die Praxis Prof. Dr. Dr. Streckbein & Kollegen (IZI | Zentrum für Zahnimplantate & MKG-Chirurgie) von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Behandlungsunterlagen (z.B. Kontaktdaten, Arztbriefe, Befundberichte, Ergebnisse histopathologischer Untersuchungen, Röntgenbilder, Modelle, etc.) mit einem Zahnarzt, Arzt, Pathologen, Dermatologen, HNO, Hausarzt, etc. ausgetauscht werden dürfen. Dieser Austausch dient lediglich meiner Behandlung oder deren Abrechnung.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**

---

## IZI - Kommunikation mit Dentallabor

Im Rahmen einer prothetischen Versorgung oder Schienentherapie werden personenbezogene Daten von unserer Praxis Prof. Dr. Dr. Streckbein & Kollegen (IZI | Zentrum für Zahnimplantate & MKG-Chirurgie) 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. (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**

---

### 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 E-Mail 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 - Recall

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

Ich bin bereit, an Ihrem Recall-System teilzunehmen. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Prof. Dr. Dr. Streckbein & Kollegen (IZI | Zentrum für Zahnimplantate & MKG-Chirurgie) 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