

## IZI - Patienteneinwilligung (Ä) / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Name, Vorname, Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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 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 - 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 Berufsausübungsgemeinschaft tätigen Hilfspersonen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## IZI - Patienteneinwilligung / Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

---

### IZI - Überweiser 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 behandlungsrelevanten ärztlichen Behandlungsunterlagen (z.B. Arztbriefe, Befundberichte, Ergebnisse histopathologischer Untersuchungen, Röntgenbilder, Modelle, etc.) mit meinem Zahnarzt/Dermatologen/HNO/Hausarzt/etc. 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 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

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