

00/27.04.2018

Praxisanschrift:  
Dr. Holger Warmuth  
Nordring 35  
59423 Unna

## Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\_\_\_\_\_  
vollständige Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten und meine Daten zur Diagnostik, Therapie, Gutachten, Studienarbeiten und Abrechnung in der Praxis

**Dr. Holger Warmuth** gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin darüber informiert worden, dass die von mir zur Verfügung gestellten Medien (z.B. dig. CT-CD u. dig. Rö-CD) nur zur temporären Befundung gespeichert und spätestens nach 1 Monat wieder gelöscht werden.

Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1) habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift