



**Dr. Dr. K. H. Redecker & Partner**

Praxis für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
Implantologie - Ästhetische Chirurgie

## **Datenschutz**

### **Einverständniserklärung zum Erfassen, Bearbeiten und Speichern von Patientendaten (gem. Art. 9 Abs. 2 DSGVO)**

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden, erhalten kann.

Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und Löschung meiner medizinischen Daten, soweit dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter