

Praxisanschrift:

Ocura

Augenärztliches Diagnostik-
und Therapiezentrum
Brückenstraße 1-3
50667 Köln

Patientendaten

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, und meine Daten zu Diagnose und Therapie in der Praxis **Ocura- Augenärztliches Diagnostik- und Therapiezentrum** gespeichert und verarbeitet werden.

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

Datum

Unterschrift