

Einverständniserklärung zur Übernahme von Patientendaten

Ich,

Nachname, Name: _____ **Geb.-Datum:** _____

erteile hiermit meine ausdrückliche Zustimmung zur Übertragung meiner medizinischen Daten an den Nachfolger der bisherigen Praxis (Dr. Schmidt-Pich & Kollegen).

Nachfolger:

Gynäkologie an der Oper – Gemeinschaftspraxis, vertreten durch:
Dr. Stefanie Herms, Josephine Schipper, Dr. Jill Philippeit GbR, Georgstr. 34, 30159 Hannover.

Ich bin darüber informiert worden, dass meine Patientendaten, die für die medizinische Behandlung erforderlich sind, einschließlich Diagnosen, Behandlungsverläufen, Röntgenbildern, Laborbefunden und sonstigen Informationen, übermittelt werden.

Diese Datenübertragung erfolgt im Rahmen der Praxisübernahme und dient der Sicherstellung einer lückenlosen medizinischen Versorgung.

Ich erkläre, dass ich über meine Rechte in Bezug auf den Datenschutz informiert wurde.
Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Hannover, den

Datum

Unterschrift Patientin

Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf.