zim
Zahnarzt
Praxis

Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen einer Praxisübernahme

Über den zum 01.01.2023 erfolgten Praxisübergang von Herrn Amir Müller an Frau Cevik-Schwibbe wurde ich hiermit informiert.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Herrn Amir Müller geführten Patientenunterlagen durch Frau Gülden Cevik-Schwibbe und Ihre Mitarbeiter stimme ich hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordung (DSGVO).

_____

Name in Druckbuchstaben

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift