

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patient*innen,

wir möchten Sie in der neuen Gemeinschaftspraxis:

ohne Informationsverluste nahtlos weiter betreuen.

Im Rahmen dessen benötigen wir Ihr Einverständnis zur elektronischen Datenübertragung Ihrer Behandlungsdaten in das Praxisverwaltungssystem (PVS) von der Gemeinschaftspraxis Glinde.

- ☐ Ich willige hiermit bis auf Widerruf ein, dass sämtliche, die bisherige Behandlung betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, zur weiteren Behandlung von der Hausarztpraxis Dr. Wonka an die Gemeinschaftspraxis Glinde übermittelt werden dürfen.

In diesen Daten befinden sich u.a. auch Ihre Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer), für die Sie uns bereits eine Einverständniserklärung gegeben haben.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Einwilligungserklärung zur elektronischen Datenübertragung freiwillig von Ihnen erfolgt und jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift