HAUSARZTPRAXIS
Hallepape

Einwilligungserklärung
in die Dateneinholung bei Praxisübernahme

Liebe Patientin, lieber Patient,

die hausärztliche Praxis von Herrn Stefan Vollrath wurde zum 01.10.2024 von uns übernommen. In Ihrem Sinne möchten wir Ihre bestehende Patienakte (z.Bsp. Befunde, Diagnosen, Medikamente, externe Arztberichte etc.) fortführen, um eine möglichst lückenlose Weiterbehandlung zu gewährleisten.

Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

Hiermit willige ich,

Name

geboren am

Adresse

ein, dass meine komplette Patienakte bei Herrn Stefan Vollrath (Lindenstr. 7 46459 Rees) zum Zwecke der weiteren Behandlung und lückenlosen Dokumentation in vollem Umfang von der weiterbehandelnden Ärztin Frau Marie-Theres Hallepape (Lindenstr. 7 46459 Rees) eingeholt und fortgeführt werden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort und Datum	Unterschrift des Patienten/in, ggf. des gesetzlichen Vertreters

Lindenstraße 7, 46459 Rees 02850/7717 info@praxis-hallepape.de www.praxis-hallepape.de

IBAN: DE80 3006 0601 0021 5311 66
BIC: DAAEDEDDXXX