Name (in Druckbuchstaben):
Geburtsdatum:
Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme
Über die zum 01.10.2023 erfolgte Praxisübernahme von Dr. Peter Koswig an Susanne Haupt wurde ich informiert.
Für die weitere Behandlung stimme ich der Einsichtnahme von Susanne Haupt in meine bisher durch Dr. Peter Koswig geführten Patientenunterlagen zu.
Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU- Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).
Korbach, Unterschrift
Schweigepflichtsentbindung
Ich entbinde Susanne Haupt von ihrer Schweigepflicht gegenüber der unten genannten Personen und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt und Rezepte, Medikamentenpläne etc. ausgehändigt werden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
1. Person:
2. Person:
3. Person:
4. Person:
Korbach, Unterschrift

Name (in Druckbuchstaben):
Geburtsdatum:
Einverständnis Erinnerungsservice
Hiermit erkläre ich mich zur Kontaktaufnahme durch die Hausarztpraxis Susanne Haupt via
○ E-Mail:
Telefon/SMS:
zum Zwecke der Erinnerung an Oversorgeuntersuchungen
☐ fällige Impfungen
einverstanden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
Korbach, Unterschrift
Einverständniserklärung zur Übermittlung von
Behandlungsdaten und Befunden
Ich bin damit einverstanden, dass meine Hausärztin, Susanne Haupt, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meine Hausärztin weiterzuleiten. Meine Hausärztin darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.
Korbach, Unterschrift