

Einwilligung zur Weitergabe von Patientendaten

im Rahmen der Verlegung des Kassensitzes

Praxisanschriften:

Neurologische Gemeinschaftspraxis BAG Alzenau, 63755 Alzenau
Neuropraxis Mainaschaff, Katrin Hirsch, Fachärztin für Neurologie,
Am Glockenturm 8, 63814 Mainaschaff

Patientendaten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO, §§ 67 ff. SGB X

Ich willige ein, dass meine medizinischen Daten, die im Rahmen meiner bisherigen Behandlung in der neurologischen Praxis in Alzenau erhoben wurden, im Zuge der Verlegung des Praxissitzes nach Mainaschaff an die dortige neue Praxisadresse übertragen und dort weiterhin zum Zweck der medizinischen Versorgung verwendet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- die Datenweitergabe ausschließlich durch die bisher behandelnde Praxis erfolgt,
- die Übertragung unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und geltender Datenschutzbestimmungen erfolgt,
- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mir ist bewusst, dass eine Weiterbehandlung in der neuen Praxis ohne diese Einwilligung ggf. nicht möglich ist.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin / des Patienten: _____

Hinweis: Diese Einwilligung ist freiwillig und dient der Sicherstellung einer lückenlosen medizinischen Betreuung im Rahmen der Praxisverlegung.