

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten an Praxisnachfolger

Dr. Matthias Münch
Heinkelstraße 1a
68519 Viernheim

Patient/in:

Name	
Adresse	

- Ich stimme hiermit zu, dass Herr Doumit zum Zweck der Behandlungsmöglichkeit Einsicht in meine Patientenakte des Praxisvorgängers nehmen und eine Kopie weiterverwenden darf.

Praxisname, Name (Zahnarzt)	Zahnteam Viernheim Fadi Doumit
Adresse	Heinkelstraße 1a, 68519 Viernheim

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Viernheim,
Ort, Datum

Unterschrift Patient/In