

# Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme

Über die zum 01.04.2024 erfolgte Praxisübergabe von Herrn Christ Wolfgang an Frau Dr. med. univ. Christina Winkler wurde ich hiermit informiert.

Ich stimme zu, dass meine bislang von Herrn Wolfgang Christ geführte Patientenakte zum Zwecke meiner weiteren Behandlung durch Frau Dr. med. univ. Christina Winkler in deren Eigentum übergeht und von ihr eingesehen, genutzt und fortgeführt werden darf. Über die Nutzung, Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wurde ich bereits gesondert informiert

Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

\_\_\_\_\_  
*Vorname, Name*

\_\_\_\_\_  
*Geburtsdatum*

Ochsenhausen, den \_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters*