

Einverständniserklärung zur Datenübernahme bei Praxisübergabe

Ich / Wir, der /die Erziehungsberechtigte(n) von

Name(n) und Geburtsdatum

Wohnhaft in

wurde(n) heute darüber informiert, dass Frau Dr. Ellen Buttjes-Balks, die bislang in Gemeinschaftspraxis mit den Herren Dres. Bernd und Felix Brokamp zusammengeschlossen ist, ihre kinderärztliche Praxis in der Mühlstraße 17-21 in Otterberg ab 01.01.2023 an Frau Dr. Alexandra Birle übergibt. Frau Dr. Birle war bereits als angestellte Kinderärztin in o.g. Praxis in der Patientenversorgung tätig und führt nun ab 01.01.2023 als neue Inhaberin des kassenärztlichen Versorgungsauftrages die kassen-, sowie die privatärztliche Versorgung fort.

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass die Patientendaten, Dokumente und Informationen zur Krankengeschichte aus der bisherigen Dokumentation von Frau Dr. Ellen Buttjes-Balks bzw. aus der oben genannten Gemeinschaftspraxis zur optimalen medizinischen Versorgung unter Einhaltung aller Datenschutzvorgaben durch Frau Dr. Alexandra Birle eingesehen und weitergeführt werden dürfen. Die Übergabe und Speicherung der Daten erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen der DSGVO.

Otterberg, den _____

Name(n) in Druckbuchstaben _____

Unterschrift(en) _____