



Einwilligung zur Übernahme der Patientenakte

Ich willige ein, dass meine bisherige Patientenakte aus der Vorgängerpraxis (Dr. Schwarz/Dr. Senger) zur Fortführung meiner medizinischen Behandlung übernommen und genutzt werden darf. Ein Widerruf ist jeder Zeit möglich.

☐ Zustimmung erteilt

☐ Keine Zustimmung

Ort/Datum: _____

Unterschrift Patientin: _____

Einwilligung zur gegenseitigen Akteneinsicht

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Marit Glasberger und Frau Dr. Melanie Brix sowie das in der Praxis arbeitende Personal im Rahmen der Behandlung und gegenseitigen Vertretung Einsicht in meine Patientenakte nehmen dürfen. Sollten wir in Zukunft neues ärztliches Personal in die Praxis integrieren, bitten wir um Zustimmung für diese Kolleginnen Einsicht in die Patientinnenakte nehmen zu dürfen, um die medizinische Betreuung in gewohnter Weise fortführen zu können. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

☐ Zustimmung erteilt

☐ Keine Zustimmung

Ort/Datum: _____

Unterschrift Patientin: _____