

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patient\*innen,

wir möchten Sie in der neuen kardiologischen Praxis:



ohne Informationsverluste nahtlos weiter betreuen.

Im Rahmen dessen benötigen wir Ihr Einverständnis zur elektronischen Datenübertragung Ihrer kardiologischen Behandlungsdaten in das Praxisverwaltungssystem (PVS) von Dr. Amschler.

Ich willige hiermit bis auf Widerruf ein,

dass sämtliche, die bisherige kardiologische Behandlung betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, zur weiteren Behandlung von der Gemeinschaftspraxis Glinde an die kardiologische Praxis Dr. Amschler übermittelt werden dürfen.

In diesen Daten befinden sich u.a. auch Ihre Kontaktdaten (E-Mail und Telefonnummer), für die Sie uns bereits eine Einverständniserklärung gegeben haben.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Einwilligungserklärung zur elektronischen Datenübertragung freiwillig von Ihnen erfolgt und jederzeit widerrufen werden kann.

---

Ort, Datum

Unterschrift