

Gemeinschaftspraxis  
Dr. med. M. Schreck  
Dr. med. E. Albert  
Seewiese 4  
97839 Esselbach

## **Einverständiserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme**

Über den zum 01.10.24 erfolgten Praxisübergang von Dres. Zieher/Albert an  
Dres. Schreck/Albert wurde ich hiermit informiert.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch die Praxis Dres. Zieher/Albert geführten  
Patientenunterlagen durch Praxis Dres. Schreck/Albert und ihre Mitarbeiter stimme ich  
hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Übernahme und Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-  
Datenschutz-Grundverordnung  
(DSGVO).

---

(Name in Druckbuchstaben)

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)