

Einwilligungserklärung zur Übertragung meiner Patientenakte



Name, Vorname

Geburtsdatum

Willige hiermit ein, dass meine in der Gemeinschaftspraxis Keller & Kuhn geführte Patientenakte – einschließlich aller bisherigen Befunde, Diagnosen, Behandlungsunterlagen und Fotos im Rahmen des Hautkrebsscreenings (Videodermatoskopie) an die Praxis von Frau Dr. med. Tina Keller, zur Fortführung meiner Behandlung elektronisch übermittelt wird.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten nur auf dieser Grundlage weitergegeben werden dürfen und dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift