

***Hinweis:** Zur besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Nennung aller Geschlechtsformen (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.*

Im Rahmen der Übernahme der Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin & Gastroenterologie in Wolfratshausen durch den neuen Inhaber MVZ Innere Medizin und Gastroenterologie Wolfratshausen GmbH im Wege einer Vermögensübertragung (Asset Deal - „**Praxisübernahme**“) ist es erforderlich, Ihre vollständige Patientenakte - einschließlich sämtlicher Patientendaten und -dokumentationen („**Patientenakte**“) - an den neuen Inhaber zu übergeben, um eine unterbrechungsfreie Fortsetzung Ihrer medizinischen Versorgung zu gewährleisten. Hierfür benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung.

Für Rückfragen zur Praxisübernahme stehen wir unter folgender Kontaktmöglichkeit zur Verfügung: Tel.: 08171 - 78010

**Patientendaten (bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine gesamte Patientenakte im Zuge der Praxisübernahme an den neuen Inhaber übertragen und dort verwendet werden darf. Die in der Patientenakte enthaltenen Daten werden ausschließlich zu medizinischen Zwecken im Rahmen meiner Behandlung verwendet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 des Strafgesetzbuches.

Ich verstehe, dass die Übertragung meiner Patientenakte notwendig ist, um eine kontinuierliche medizinische Versorgung sicherzustellen und den Übergang von der bisherigen auf die neue Praxis reibungslos zu gestalten. Mir ist bewusst, dass meine Daten vertraulich behandelt werden und nur autorisierten medizinischen Fachkräften zugänglich sind.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Ich kann die erteilte Einwilligung **jederzeit** durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen **widerrufen**. Durch den Widerruf der

Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Ich bestätige hiermit meine Einwilligung zur Übertragung und Verwendung meiner Patientenakte im Rahmen der Praxisübernahme.**

**Patient** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Bei betreuten Personen  
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

\_\_\_\_\_  
Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen  
Unterschrift der Eltern/  
der/des Sorgeberechtigten