

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Patient:

Name, Vorname

_____._____._____
Geb.-Datum

Anschrift

Hiermit willige ich in die Weitergabe der gesamten schriftlichen und elektronischen Behandlungsunterlagen im Zuge der Praxisübernahme von

Frau Dr. med. Sibylle Ackmann, dienstansässig Karl-Marx-Str. 26, 39175 Biederitz,

durch

Frau Karolina Thormann, dann ebenfalls dienstansässig Karl-Marx-Str. 26, 39175 Biederitz,

mit Wirkung zum 2. Januar 2026 zu.

Frau Karolina Thormann ist zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung sämtlicher Daten der Behandlungsdokumentation berechtigt. Gleichzeitig entbinde ich Frau Dr. med. Ackmann von der Verpflichtung zur Schweigepflicht gegenüber Frau Thormann.

Biederitz, den _____._____._____

Unterschrift _____