

**Einverständniserklärung des Patienten für Einsicht in die Daten**

aufgrund Praxisübernahme

***von Zahnarzt Michael Pischke an Zahnärztin Mara-Cristina Tipter***

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

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

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

Ich bin damit einverstanden, dass mein derzeit behandelnder Zahnarzt **Michael Pischke** **Behandlungsdaten** und **Befunde**, zum Zwecke der weiteren Behandlung an die übernehmende Zahnärztin weitergibt.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mit bekannt.

Hude,den \_\_\_\_\_

Ort und Datum

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