



Patienten Daten

bitte in DRUCKSCHRIFT ausfüllen:

Name

Vorname:

Geburtsdatum:

Ihre Anschrift:

PLZ/Ort:

Beruf:

Versicherung:

privat: GKV

Mobil-Nr.

email:

Ich willige hiermit ein, dass meine o.g. personenbezogenen Daten zur medizinischen Versorgung gespeichert werden dürfen, und ich von der Praxis kontaktiert werden darf, z.B. zur Terminabsprache, Besprechung von Befunden / Labor, weiterer Behandlung, usw.

Die Praxisübernahme erfolgte zum 02.01.2023 von Herrn Dr. med. Michael Ling an Frau Dr. med. Lena Müller. Für die weitere Behandlung stimme ich der Einsichtnahme in meine bisherigen Patientenunterlagen zu. Dies gilt darüberhinaus auch für in der Praxis angestellte Ärzte.

Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

mit meiner Unterschrift stimme ich der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) zu.

Mainz,

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigter / Vertreter