

Einverständniserklärung zur Datenübernahme

Über den zum 01.07.2021 erfolgten Praxisübergang von Herrn Dr. med. Thomas Filius und Dr. med. Martin Hirt an Herrn Dr. med. Dominik Zevallos und Herrn Valentin Peters wurde ich informiert.

Eine Einsichtnahme in meiner bisher durch Herrn Dr. med. Thomas Filius und Dr. med. Martin Hirt geführten Patientenunterlagen durch Herrn Dr. med. Dominik Zevallos sowie Herrn Valentin Peters und ihre Mitarbeiter stimme ich hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Name des Patienten (in Druckbuchstaben) und Geburtsdatum:

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten: _____