



# Zahnarztpraxis Julia Schmidt

Hebbelplatz 3, 01157 Dresden

## Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wie Ihnen bereits mitgeteilt wurde, übergibt Frau Carina Weigmann ihre Praxis zum 01.04.2026 an ihre Nachfolgerin Frau Julia Schmidt.

Um Ihre kontinuierliche medizinische Betreuung ohne Unterbrechung sicherzustellen, ist die Übergabe Ihrer Patientenakte (einschließlich Behandlungsdokumentation, Befunden und Laborergebnissen) an Frau Schmidt erforderlich. Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes darf diese Übergabe nur mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung erfolgen.

Meine Einwilligung:

1. **Datenübertragung:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine vollständige Patientenakte von Frau Carina Weigmann an Frau Julia Schmidt übergeben wird.
2. **Schweigepflicht:** Ich entbinde Frau Carina Weigmann gegenüber Frau Julia Schmidt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht, als dies für die Übergabe und Fortführung der Behandlung notwendig ist.
3. **Zweckbindung:** Die Daten dienen ausschließlich der Fortführung meiner medizinischen Behandlung und der ordnungsgemäßen Abrechnung erbrachter Leistungen.
4. **Widerrufsrecht:** Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs werden meine Unterlagen gemäß den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen archiviert, stehen der Nachfolgerin jedoch nicht für die aktive Behandlung zur Verfügung.

---

Name des Patienten

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter\*

\*bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind ist grundsätzlich die Einwilligung beider Elternteile einzuholen. Unterzeichnet ein Elternteil allein, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.