Kinderarztpraxis Oberlungwitz
Bauch & Zibulka

# Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme sowie Einverständniserklärung für Ausfallhonorar

**Angaben zum Kind/Jugendlichen**

Name, Vorname: ……
Geburtsdatum :…..:……..

Anschrift: ……
……

*Über die zum 01.03.2025 erfolgte Praxisübernahme von Dipl. med. Katharina Schulze an Christiana Bauch & Nadja Zibulka in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft (früher: Gemeinschaftspraxis) wurde ich hiermit informiert.*

*Für die weitere Behandlung meines/ unseres Kindes stimme ich/ stimmen wir der Einsichtnahme von Christiana Bauch & Nadja Zibulka in die bisher durch Dipl.med. Katharia Schulze geführten Patientenunterlagen zu.*

*Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), welche am Tresen aushängt. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass Sie die PAtienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.*

*Es ist von Bedeutung, dass wir ausreichend Zeit für die Vorsorgeuntersuchungen Ihres Kindes einplanen. Bei wiederholter Nichteinhaltung eines Vorsorgetermins sind wir gezwungen, Ihnen ein Ausfallhonorar von 50 € in Rechnung zu stellen.*

Wir danken für Ihr Verständnis und Ihre Kooperation
C. Bauch und N. Zibulka

*O Ich/ Wir habe die oben aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und zeige mich mit diesen einverstanden.*

*Ort, Datum Unterschrift*