

Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme

Hiermit informieren wir Sie über die geplante Praxisübernahme von **Dr. med. Dietrich Hofmann** an **Denise Rahmig** zum **01.04.2026**.

Einer Einsichtnahme in die bisher durch Hr. Dr. med. Hofmann geführten Patientenunterlagen meines/unseres Kindes durch Fr. Rahmig und ihre Mitarbeiter stimme ich hiermit zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), welche in der Praxis aushängt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen haben.

Ich/Wir habe/n die oben aufgeführten Informationen zur Kenntnis genommen und zeige mich / zeigen uns mit diesen einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift(en) Chemnitz, _____

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Angaben zu Sorgeberechtigten

• **Elternteil 1**

Name, Vorname _____

Telefon _____

Email _____

Anschrift (falls abweichend) _____

• **Elternteil 2**

Name, Vorname _____

Telefon _____

Email _____

Anschrift (falls abweichend) _____

Eltern leben zusammen getrennt

Elten haben gemeinsames getrenntes Sorgerecht

ggf. gesetzlicher Vormund (Name, Vorname) _____