



# Einverständniserklärung zur Einsichtnahme und Verwendung vorhandener Befunde

## Patientendaten

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtstag

\_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Frau Dr. med. Susan Sauer in meine Unterlagen Einsicht nimmt.

Dies bezieht sich auf alle Akten, sonstigen Befunde und Berichte, die Frau Dr. med. Sauer im Rahmen der Praxisübernahme für Hr. Dr. med. Gunther Müller verwahrt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Unterlagen eingescannt und in meiner digitalen Akte der Augenarztpraxis Dr. med. Sauer abgelegt werden.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift