



COLOGNE  
PREVENT

DR. MED. UNDINE PITTL  
FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN  
UND KARDIOLOGIE

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR PATIENTEN-DATENÜBERNAHME IM RAHMEN DEN PRAXISÜBERNAHME

Hiermit bestätige ich, dass ich über die zum 01.01.2023 erfolgte Praxisübergabe von Herrn Dr. Peter Zierden an Frau Dr. Undine Pittl, informiert wurde.

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch Dr. Peter Zierden geführten Patienten-Unterlagen durch Dr. Undine Pittl und ihre Mitarbeiter stimme ich zur Ermöglichung der weiteren Behandlung ausdrücklich zu.

Die Übernahme sowie die Speicherung der Daten erfolgen gemäß den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Einer Nutzung und Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit widersprechen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_