

## Einverständniserklärung Übergabe von Patientendaten

Ich,

.....

Name, Vorname

.....

Geburtsdatum

bin damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen aus der Zeit meiner Behandlung in der Praxis von Herrn Dr. Rudolph von Goedel auf das MVZ Endokrinologikum München zum Zwecke der weiteren Behandlung übergehen.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen**

**kann.**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift