

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name, Vorname.....

Geburtsdatum.....

Anschrift.....

Ich wurde darüber informiert, dass Frau Dr.med.univ. Ursula Maria Schütz, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie ihre Praxis zum 01.04.2024 an Frau Dr.med. Antonia Schervier-Vogt, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie übergeben hat.

Hiermit stimme ich einer Einsichtnahme von Frau Dr. Antonia Schervier-Vogt in die von Frau Dr.med.univ. Ursula Maria Schütz angelegte und geführte Patientenakte einschließlich aller enthaltenen Dokumente und Unterlagen zu.

Die Übergabe und die Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

....., den.....

Unterschrift der Patientin, des Patienten.....