

# Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübergabe und Fotodokumentation der

## Hautarztpraxis Dr. Peterburs

Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Phlebologie, ambulante Operationen

Über die zum 01.01.2026 erfolgte Praxisübergabe von Herrn Dr. med. Josef Peterburs an Herrn Dr. med. Benedikt Peterburs wurde ich hiermit informiert.

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter der Hautarztpraxis Dr. Benedikt Peterburs eventuell von mir vorhandene Daten aus der früheren kassenärztlichen Praxis von Dr. med. Josef Peterburs einsehen und verarbeiten dürfen. Für die weitere Behandlung stimme ich der Einsichtnahme von Herrn Dr. med. Benedikt Peterburs in meine bisher durch Herrn Dr. med. Josef Peterburs geführten Patientenunterlagen zu.

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

Ich willige zudem ein, dass zu diagnostischen Zwecken und zur Verlaufskontrolle Fotos von meiner Haut angefertigt und digital archiviert werden dürfen. Ich werde in jedem Fall vorab erneut mündlich informiert und um Zustimmung gefragt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit für die Zukunft in schriftlicher Form widerrufen kann.

---

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

---

Geburtsdatum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift