



---

## **Einverständniserklärung zur Nutzung der Altkartei der Praxis Dr . Beyer**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die in der Altkartei der Praxis Dr Beyer durch die Urologische Praxis Christian Klapp eingesehen und verwendet werden darf.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass die Daten der Altpraxis in die laufende Praxiskartei eingebunden und übertragen werden darf.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen werden.

Stadtallendorf, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_