

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:



**Einsichtnahme
Patientenkartei
Formblatt**

2.3.2 (4)

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wurden zuvor durch Frau DM Iris Scheffler hautärztlich betreut. Um als Nachfolger Ihre bisherigen Befunde, Verordnungen und Diagnosen in Ihre weitere Behandlung einbeziehen zu können ist es notwendig, dass Sie der Einsichtnahme in Ihre Patientenkartei (Altkartei) schriftlich zustimmen. Dies erleichtert uns Ihre weitere Behandlung und vermeidet Doppeluntersuchungen. Bitte lesen Sie die Einwilligungserklärung genau durch und unterschreiben Sie mit Angabe von Ort und Datum.

„Ich bin heute zur ärztlichen Behandlung durch *Herrn Dr. med. Axel Winkelmann* in dessen Sprechstunde in der *Praxis am Engpass, Schönebecker Str. 25, 39104 Magdeburg* erschienen.“

Einer Einsichtnahme in meine bisher durch *Frau DM Iris Scheffler, Johannes-Göderitz-Str. 124, 39130 Magdeburg* geführten Patientenunterlagen durch *Herrn Dr. med. Axel Winkelmann* stimme ich ausdrücklich zu.“

Magdeburg, den _____

Unterschrift