



**Orthopädie und Unfallchirurgie
Bonn**

Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisaufgabe.

Über die zum 31.12.2022 erfolgte Praxisaufgabe von Dr. Wolfgang Veen wurde ich hiermit informiert.

Für die weitere Behandlung stimme ich der Einsichtnahme durch das MVZ Orthopädie und Unfallchirurgie Bonn GmbH, in meine bisher durch Dr. Wolfgang Veen geführten Patientenunterlagen zu.

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

Mit einer Bearbeitungs- und Versandgebühr erkläre ich mich einverstanden.

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Wohnort: _____

Ort, Datum

Unterschrift