

Dr. med. Ulrich Kausch
Neurologie, Naturheilverfahren
Akupunktur

MVZ Bogen

Dr. med. Esther Lippert
Psychiatrie, Psychotherapie

Neurologie · Psychiatrie

Patienten-Information: Praxisübernahme zum 01.07.2026

Zum **01.07.2026** hat der Bezirk Niederbayern (Maximilianstraße 15, 84028 Landshut) die Praxis für Neurologie & Psychiatrie am Standort Bahnhofstraße 24, 94327 Bogen (frühere BAG Dr. Kausch & Dr. Lippert) übernommen und führt dies als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) als Teil des Eigenbetriebs des Bezirksklinikums Mainkofen. Die Ärzte Dr. Kausch und Dr. Lippert sind im MVZ weiterhin als angestellte Ärzte tätig. Aus Gründen des Datenschutzes sowie der ärztlichen Schweigepflicht dürfen wir Ihre bisherige Patientenakte nur dann einsehen und für Ihre weitere medizinische Versorgung (insbesondere Diagnostik, Behandlung und Dokumentation) im MVZ nutzen, wenn Sie hierzu Ihre ausdrückliche schriftliche Einwilligung erteilen. Mit Ihrer Zustimmung können die in Ihrer bisherigen Patientenakte enthaltenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten (z. B. Befunde, Arztbriefe, Diagnosen, Untersuchungsergebnisse) in die Patientenakte des MVZ übernommen und für Ihre weitere Behandlung verwendet werden.

Ohne Kenntnis der bisherigen Behandlungsdokumentation kann die fachgerechte Fortführung der bisherigen Behandlung im Regelfall nicht gewährleistet werden.

Einwilligungserklärung zur Übernahme und Einsicht in die bisher geführte Patientenakte

Ich wurde über die Praxisübernahme, die Datenübernahme und meine Rechte mündlich aufgeklärt. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

Ich willige ausdrücklich ein, dass das

Medizinische Versorgungszentrum des Bezirks Niederbayern (MVZ), Maximilianstraße 15, 84028 Landshut meine bisher durch die Praxis geführte Patientenakte einsehen, die darin enthaltenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zwecke meiner weiteren medizinischen Versorgung verwenden und die Patientenakte als laufende Behandlungsdokumentation fortführen darf. Soweit hierfür erforderlich, entbinde ich die bisherigen Behandler gegenüber dem MVZ und den dort behandelnden Ärztinnen und Ärzten von der ärztlichen Schweigepflicht.

☐ Ja

☐ Nein

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist. Ich kann sie jederzeit gegenüber dem MVZ in Textform (z. B. Brief, E-Mail) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Widerruf darf das MVZ meine Alt-Daten nicht mehr für die laufende Behandlung nutzen. Bereits erfolgte Einsichten und rechtmäßig übernommene Dokumentation bleiben unberührt.

Bogen,

Unterschrift Patient/in bzw. Vertreter

