

Schweigepflichtsentbindung (Ist jederzeit schriftlich widerrufbar!)

Sehr geehrte/r Frau/Herr _____

Zur Zeit befindet sich _____ in ambulanter Behandlung im
MVZ Ankerplatz

Zum Erfahrungsaustausch und zur Besprechung der aktuellen Situation möchten
wir gerne mit Ihnen in Verbindung treten. Dies entspricht auch dem Wunsch der Eltern.

Bitte nehmen Sie unter der o. g. Telefonnummer Kontakt zu uns auf.

Mit freundlichen Grüßen

XX

Name

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift entbinden wir die Ärzte+ Therapeuten im MVZ Ankerplatz gegenüber

Institution: _____

Name : _____

Tel.Nr.: _____

wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht für den Austausch von Informationen und Berichten
über o. g. Kind/Jugendlichen.

Einwilligungserklärung: Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name,
Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Ver-
tragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechti-
gungen erhoben.

Widerrufsrecht: Die erteilte Einwilligungserklärung können Sie ohne Angabe von Gründen jederzeit wi-
derrufen.

Jembke/Gifhorn/Helmstedt, den _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten / Personenberechtigten / volljähriger Patient

Hauptstandort:
Dannhopsweg 2
38477 Jembke
Tel. 05366 9538-0
info@mvz-ankerplatz.de

Zweigpraxis:
Lüneburger Str. 13
38518 Gifhorn
Tel. 05371 9609683
info-gf@
mvz-ankerplatz.de