

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

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

Schöninger Str. 20-21  
38350 Helmstedt  
Tel. 05351 553322  
info-he@  
mvz-ankerplatz.de

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

### Einverständniserklärung Foto

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass eine Fotodokumentation (ein Foto zu Behandlungsbeginn und eventuell noch einmal im Behandlungsverlauf) zu rein therapeutisch-medizinischen Zwecken stattfinden darf und nach geltenden Datenschutzbestimmungen in der EDV abgespeichert wird.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten oder Erziehungsberechtigten