

**Schweigepflichtsentbindung (Ist jederzeit schriftlich widerrufbar!)**

O 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

O \_\_\_\_\_

Name

Mit meiner/unserer 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 Berechtigun-  
gen 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

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

Mühlenwinkel 8  
38165 Lehre  
Tel. 05308 4049370  
info-le@  
mvz-ankerplatz.de