

## Informationsschreiben zur Beendigung des MVZ Gammertingen – Zentrum für Kinder Jugendliche

Sehr geehrte/r Patient/in,

die MVZ Gammertingen – Zentrum für Kinder Jugendliche GmbH (MVZ Gammertingen) hat zum 31.12.2022 ihren Betrieb eingestellt.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass seit dem 31.12.2022 Ihre Patientenakte von der Kreiskliniken Reutlingen gGmbH verwahrt wird. Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht wird die Kreiskliniken Reutlingen gGmbH in Ihre Patientenakte nur Einsicht nehmen, wenn Sie Ihre Einwilligung hierzu erklärt haben. Eine Einsichtnahme ist insbesondere dann erforderlich, wenn Sie die Aushändigung der Akte an andere Ärzte wünschen oder Sie Kopien der Patientenakte verlangen.

Die Medizinische Versorgungszentrum Mariaberg gGmbH (MVZ Mariaberg), Burghaldenstraße 6, 72501 Gammertingen hat Anfang 2023 eine Praxis für Kinder- und Jugendmedizin eröffnet.

Falls Sie eine Aushändigung Ihrer Patientenakte an die Ärzte des MVZ Mariaberg oder einen anderen Arzt wünschen, können Sie bereits jetzt die beigefügte Einwilligungserklärung unterzeichnen. Ihre Patientenakte wird dann von der Kreiskliniken Reutlingen GmbH an das MVZ Mariaberg oder den von Ihnen benannten Arzt ausgehändigt. Aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht dürfen auch die Ärzte des MVZ Mariaberg bzw. andere Ärzte in Ihre Patientenakte erst Einsicht nehmen, wenn Sie Ihre Einwilligung hierzu erklärt haben. Die Aushändigung Ihrer Akte an Ärzte des MVZ Mariaberg erfolgt nach Übermittlung der ausgefüllten und unterschriebenen Einwilligungserklärung an [mvz-gammertingen@mvz-ga.de](mailto:mvz-gammertingen@mvz-ga.de).

Es besteht keine Pflicht, die beigefügte Einwilligungserklärung zu unterzeichnen; gerne verwahrt die Kreiskliniken Reutlingen gGmbH Ihre Patientenakte im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht, bis Sie einen Arzt Ihrer Wahl zur Weiterbehandlung gefunden haben.

Alternativ fertigen wir Ihnen auch eine Kopie der Patientenakte zur eigenen Verwendung an.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Geschäftsführung  
MVZ Gammertingen - Zentrum für Kinder und Jugendliche GmbH



KREISKLINIKEN  
REUTLINGEN

MVZ Gammertingen –  
Zentrum für Kinder und  
Jugendliche GmbH

Geschäftsführer:  
Dominik Nusser

Zentrale: +49 7121 200-0  
Telefon: 200-4220  
Telefax: 200-4414  
E-Mail:  
[mvz-gammertingen@mvz-ga.de](mailto:mvz-gammertingen@mvz-ga.de)

Datum: 15.03.2023  
Unser Zeichen: jbe

Anschrift:  
MVZ Gammertingen – Zentrum für Kinder und  
Jugendliche  
Marktstraße 4  
72501 Gammertingen

Sitz der Gesellschaft:  
MVZ Gammertingen – Zentrum für Kinder und  
Jugendliche  
Steinbergstraße 31  
72764 Reutlingen

Geschäftsführung:  
Dominik Nusser

Amtsgericht: Stuttgart HRB 733853

Bankverbindung:  
Kreissparkasse Reutlingen  
Konto-Nr. 53428  
BLZ: 640 500 00  
IBAN: DE39 6405 0000 0000 0534 28  
SWIFT-BIC: SOLADES1REU

Steuer-Nr.: 78042/81195

Bitte senden Sie die ausgefüllte Einwilligungserklärung per E-Mail an [mvz-gammertingen@mvz-ga.de](mailto:mvz-gammertingen@mvz-ga.de)

## Einwilligungserklärung und Aushändigung der Patientenakte

---

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum der Patientin / des Patienten

---

Vorname, Name, Wohnort des gesetzlichen Vertreters

### Ich willige ein, dass die Kreiskliniken Reutlingen gGmbH meine Patientenakte

an die Medizinisches Versorgungszentrum Marienberg gGmbH, Burghaldenstr. 12, 72501 Gammertingen zum Zweck der Weiterführung der Behandlung in der dortigen Praxis für Kinder- und Jugendmedizin übersendet und willige ein, dass die Ärzte der o.g. Praxis Einsicht in meine Patientenakten nehmen.

an

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift:** \_\_\_\_\_

zum Zwecke der Weiterführung der Behandlung übersendet und willige ein, dass die Ärzte der o.g. Praxis Einsicht in meine Patientenakten nehmen.

**oder**

ich wünsche eine Aushändigung der Patientenakte in Kopie an mich.

Ich kann die Einwilligung einzeln oder im Gesamten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen**. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine **Widerrufserklärung** ist zu richten an: [datenschutz@klin-rt.de](mailto:datenschutz@klin-rt.de)

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung an [mvz-gammertingen@mvz-ga.de](mailto:mvz-gammertingen@mvz-ga.de)

oder per Post an:

Kreiskliniken Reutlingen gGmbH – Sekretariat Geschäftsführung

Steinbergstraße 31

72764 Reutlingen