



## Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass

**von mir selbst**

**von** \_\_\_\_\_ **geb.** \_\_\_\_\_  
Name Verwandtschaftsgrad

für die ärztliche Betreuung, Behandlung und Beratung

**folgende ärztlichen Dokumente oder Information** angefordert werden dürfen:

Alle ärztlichen Dokumente oder Information (incl. aller genetischen Befunde) ohne Einschränkung

nur folgende ärztlichen Dokumente oder Information: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die ärztlichen Dokumente oder Information **dürfen bei folgenden ÄrztInnen bzw. Institutionen angefordert werden:**

Bei allen ÄrztInnen bzw. Institutionen ohne Einschränkung

nur von folgenden ÄrztInnen bzw. Institutionen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die ärztlichen Dokumente oder Information **sollen übermittelt werden an:**

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_

Institution/Adresse \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die übermittelten Dokumente oder Information beim Empfänger automationsunterstützt (EDV-technisch) verarbeitet und gemäß den gesetzlichen Bestimmungen gespeichert werden. Beim Umgang mit personenbezogenen Daten werden alle datenschutzrechtlichen Vorschriften in der jeweils gültigen Fassung beachtet. Ich kann diese Schweigepflichtentbindung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift