

Zentrum für Humangenetik · 93047 Regensburg · Luitpoldstraße 4



Version: 14.11.2024

Entbindung der Praxis Prof. Dr. Hehr von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich als Patient(in) bzw. Sorgeberechtigte(r)

für Patient(in): _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

das
Zentrum für Humangenetik
Prof. Dr. med. Ute Hehr
Luitpoldstr. 4
93047 Regensburg

von der ärztlichen Schweigepflicht und beauftrage die Übermittlung

- aller dort erhobenen Befunde
- des spezifischen Befundes: _____

und damit auch aller darin enthaltenen persönlichen, medizinischen und genetischen Daten entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) an das:

Namen, Adresse des behandelnden Arztes/der Praxis/ des Krankenhauses bzw. **Stempel**

ggf. Faxnummer des behandelnden Arztes/ der Praxis/ des Krankenhauses _____

Die vertrauliche Datenübermittlung an diese Faxnummer und deren Verwendung danach ist durch den Empfänger dieser Daten zu gewährleisten!

Datum, Unterschrift des Patienten(in) bzw. Sorgeberechtigte(n)