



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

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

meinen behandelnden Arzt / die behandelnde Praxis / das behandelnde Krankenhaus

.....
(Name, Ort bzw. **Stempel**)

von der ärztlichen Schweigepflicht und beauftrage die Übermittlung

aller dort erhobenen Befunde

des spezifischen Befundes: _____

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

Zentrum für Humangenetik

Prof. Dr. med. Ute Hehr
Luitpoldstraße 4
93047 Regensburg

Fax: 0941-586 133-30

Die vertrauliche Datenübermittlung an unsere Faxnummer und deren Verwendung danach wird von uns als Empfänger dieser Daten gewährleistet, s. a. www.humangenetik-regensburg.de/Datenschutz.

Für Rückfragen erreichen Sie uns gerne unter der 0941-586 133-13.

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