



Entbindung des behandelnden Arztes von der 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
Luitpoldstraße 4
93047 Regensburg

Die vertrauliche Datenübermittlung an unsere **Faxnummer (0941) 586-13329 und deren Verwendung danach wird von uns als Empfänger dieser Daten gewährleistet, s. a. www.humangenetik-regensburg.de/Datenschutz.**

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