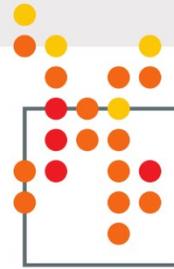


Zentrum für Humangenetik · D-93042 Regensburg



Zentrum für  
Humangenetik  
Regensburg

Version: 29.05.2018

## 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  
Im Universitätsklinikum D3  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

**Die vertrauliche Datenübermittlung an unsere **Faxnummer (0941) 944-5402** und deren Verwendung danach wird von uns als Empfänger dieser Daten gewährleistet, s. a. [www.humangenetik-regensburg.de/Datenschutz](http://www.humangenetik-regensburg.de/Datenschutz).**

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