UNIVERSITÄTS KLINIKUM TÜBINGEN

Institut für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Olaf Rieß
Calwerstr. 7 · 72076 Tübingen
Tel. 07071 / 29-7 22 88
Fax 07071 / 29-51 71

Med. Versorgungszentrum des UKT
Fachgebiet Medizinische Genetik
Hoppe-Seyler-Str. 3 · 72076 Tübingen

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber Angehörigen

Aktenzeichen: .....

Ratsuchende/r: .....

Hiermit entbinde ich die mich bisher behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik am Universitätsklinikum Tübingen und erkläre mich damit einverstanden, dass die zur genetischen Beratung notwendigen Informationen an die obengenannten Ratsuchenden sowie deren mit- oder nachbehandelnden Ärzte weitergegeben werden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit widerrufen kann. Sie erlischt mit Abschluss der obengenannten genetischen Beratung.

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist von der Person, von der die ärztlichen Befundberichte benötigt werden, oder deren gesetzlichem Vertreter zu unterschreiben.

Angaben zum Patienten (bitte vollständig ausfüllen)

....
Name, ggf. Geburtsname, Vorname *Geburtsdatum*

.....
Anschrift des Patienten

.....
Name des behandelnden Arztes / der Klinik / genaue Abteilungsbezeichnung

.....
Anschrift der Klinik

....
Zeitpunkt der Behandlung *Grund der Behandlung*

Ort: ..... Datum: .....

Unterschrift: .....

Bitte geben Sie den ausgefüllten Vordruck an den/die Ratsuchenden oder senden Sie ihn an uns zurück.