



Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber nachbehandelnden Ärzten

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik am Universitätsklinikum Tübingen von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine genetischen Befunde, weitere benötigte Auskünfte und ggf. Gewebeproben an folgenden Arzt übermittelt werden:

Name und Anschrift des Arztes

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Angaben zum Patienten

Name: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Falls bekannt, unsere Ablagenummer: _____

Grund der Untersuchung: _____

(Bei Angabe des Untersuchungsgrundes beschränkt sich die Befundübermittlung ausschließlich auf die entsprechenden Befunde, falls mehrere vorliegen)

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / gesetzlicher Vertreter