

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Frau/Herr

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

meine(n) Hausarzt/Hausärztin bzw. behandelnde(n) Arzt/Ärztin sowie ggf. seine/ihre Nachfolger/in und die ärztlichen KollegInnen der Praxis/Gesundheitseinrichtung bzw. des Krankenhauses und ihrem für Sie zuständigen Gesundheitsamt.

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

freiwillig und auch für den Fall, dass ich meine Selbstbestimmungsfähigkeit verlieren sollte sowie über meinen Tod hinaus gegenüber dem

Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung GmbH

Abteilung Epidemiologie

Inhoffenstr. 7

38124 Braunschweig

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erlaube meinem Arzt/meiner Ärztin ausdrücklich auch die Weitergabe von Diagnostik- und Behandlungsdaten bzw. -unterlagen, die er/sie von anderen ÄrztInnen und Gesundheitseinrichtungen erhalten hat.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung GmbH widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift