

Einverständniserklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber Angehörigen

Bitte Formular ausfüllen und unterschrieben an das genetikum zurücksenden.

Hiermit entbinde ich,

Nachname:	ggf. Geburtsname:
Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	

die **Ärzte des genetikum gegenüber nachfolgender Person von der ärztlichen Schweigepflicht**. Die Ärzte des genetikum dürfen im Rahmen der genetischen Beratung der nachfolgenden Person über die von mir erhobenen Befunde sprechen und diese darüber informieren.

Verwandtschaftsverhältnis:	
Nachname:	ggf. Geburtsname:
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	

Die Einverständniserklärung zur Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden; sie erlischt mit Abschluss der genetischen Beratung.

Ort und Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter