

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

an:

**Praenatal-Medizin und Genetik
Graf-Adolf-Str. 35**

40210 Düsseldorf

Tel.: 0211-38457-0 / Fax: 0211-38457-33

Email: institut@praenatal.de

Internet: www.praenatal.de

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name

Vorname

geboren am

Telefon

Straße

Postleitzahl

Ort

Ich, (Vor-, Nachname), willige ein, dass Praenatal-Medizin und Genetik zum Zwecke meiner Untersuchung bzw. Behandlung / der Untersuchung bzw. Behandlung meines Kindes, geb. am, die Befunde der Untersuchung(en)..... / Probenmaterial an die medizinische Einrichtung / Praxis und eventuell nachbehandelnden Ärzten weiterleitet.

Meine weitergegebenen personenbezogenen Patientendaten an die o.g. Einrichtung dürfen nur im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht sowie der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen verarbeitet und genutzt werden.

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

.....
Datum, Unterschrift Patient