

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hamburg,

Erklärung der Patientin/ des Patienten:

Patientenname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Ich bin heute zur ärztlichen Behandlung durch Herrn Dr. med. Farschtschi in der Ermächtigungsambulanz für Neurofibromatose am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, KdöR, erschienen und wünsche die Fortführung meiner bislang bei Prof. Dr. Felix-Victor Mautner erfolgten Behandlung.

Ich stimme hiermit einer Einsichtnahme und Übernahme meiner bisher durch Prof. Dr. Felix-Victor Mautner geführten vollständigen Patientenunterlagen durch Herrn Dr. med. Farschtschi und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zu. Insoweit entbinde ich Prof. Dr. Felix-Victor Mautner und die an seiner Tätigkeit Mitwirkenden von der Verschwiegenheit.

Diese Erklärung ist freiwillig. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen ohne dass hierdurch die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Übermittlung/Auskunftserteilung berührt wird. Soweit die Einsichtnahme und Übernahme bereits erfolgt ist, ergibt sich aus dem Widerruf keine Verpflichtung zur Löschung durch Herrn Dr. med. Farschtschi und das UKE.

Hamburg, _____

Patient/Patientin (Name bitte ausschreiben)/Vertreter:in