

Vorschlag für ein Formular: Entbindung von der Schweigepflicht

Kommission zur Erarbeitung von Richtlinien für die genetische Beratung
des Berufsverbandes Medizinische Genetik e.V.

Aktenzeichen

Ratsuchende/r: _____

Ich entbinde hiermit die mich bisher behandelnden Ärzte
von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern der
Genetischen Beratungsstelle.

Ich bin damit einverstanden, daß die Genetische Bera-
tungsstelle die zur genetischen Beratung notwendigen In-
formationen an die obengenannten Ratsuchenden sowie
deren mit- oder nachbehandelnde Ärzte weitergibt.
Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen
werden; sie erlischt mit Abschluß der obengenannten gene-
tischen Beratung.

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist von der Person,
von der die ärztlichen Befundberichte benötigt werden,
oder deren gesetzlichem Vertreter zu unterschreiben.

Angaben zum Patienten

(bitte vollständig ausfüllen)

Name, ggf. Geburtsname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse des Patienten _____

Name des behandelnden Arztes/
der Klinik/genaue Abteilungsbezeichnung _____

Adresse der Klinik _____

Zeitpunkt der Behandlung _____

Grund der Behandlung _____

Bitte senden Sie den ausgefüllten Vordruck an uns zurück.
Falls Sie Fragen haben, können Sie diese gerne telefonisch
mit uns besprechen.

Zitierhinweis

Kommission zur Erarbeitung von Richtlinien für
die genetische Beratung des Berufsverbandes
Medizinische Genetik e.V. (1995): Vorschlag für
ein Formular: Entbindung von der Schweige-
pflicht. medgen 7: 328.