



## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

### Patientin

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Ggf. Name/Geburtsdatum meines Kindes: \_\_\_\_\_

### Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht \*[Bitte Nichtzutreffendes streichen]

Ich entbinde hiermit meine behandelnden Ärzte bzw. die behandelnden Ärzte meines Kindes\*

1. Klinik \_\_\_\_\_

2. Behandelnder Frauenarzt: \_\_\_\_\_

3. Behandelnder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht zu dem Zweck, der Beratungsstelle für  
Reproduktionstoxikologie in Ulm mich/mein Kind\* betreffende ärztliche  
Befundberichte zu übersenden.

Diese Daten werden ausschließlich im Zusammenhang mit meiner Beratung und anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit gemäß Arzneimittelgesetz verwendet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit und ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Daten werden dann umgehend gelöscht.

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Erklärung der Beratungsstelle für Reproduktionstoxikologie**

Die uns übermittelten patientenbezogenen Daten verwenden wir ausschließlich zur individuellen Risikobewertung und anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke zur Verbesserung der Arzneimittel- und Impfstoffsicherheit.

Das Einverständnis zur Datenspeicherung kann jederzeit und ohne Begründung widerrufen werden. Die Daten werden dann umgehend gelöscht.