

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich (*Patient*in*)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:
Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

alle Ärzte*innen des Universitätsklinikums Ulm sowie deren Hilfspersonen, die im Zusammenhang mit meiner Anfrage vom (*Datum*) im Rahmen einer Zweitmeinung (Tumorboard) ärztlich tätig werden, ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, gegenüber nachfolgender Person alle erforderlichen Auskünfte im Zusammenhang mit der Anfrage zu erteilen:

(z. B. Angehörige(r), Vertrauensperson)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:
Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

Verwandtschaftsverhältnis (falls zutreffend):
(z. B. Schwiegertochter, Nefte, etc.)

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich die Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

.....
Ort Datum

.....
Unterschrift