

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM | Zentrum für Seltene Erkrankungen | 89075 Ulm

**Zentrum für Seltene Erkrankungen**  
Universitätsmedizin Ulm

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

**Vorstandsvorsitzender**  
Prof. Dr. Martin Wabitsch  
Eythstraße 24  
89075 Ulm

**Kontaktstelle**  
zse@uniklinik-ulm.de  
T: 0731 500-57080  
F: 0731 500-57058

---

Name, Vorname, Geb.-Datum der Patientin / des Patienten

---

Anschrift

Ich habe die Informationen zum Datenschutz des Zentrums für Seltene Erkrankungen zu Datenverarbeitung und Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich willige ein, dass die Kontaktstelle des Zentrums am Universitätsklinikum Ulm wie in der Information beschrieben Gesundheitsdaten zu meiner Person verarbeitet, soweit dies zur Koordination der Anfrage zu meinem Fall erforderlich ist. Ich befreie, soweit hierfür erforderlich, meine behandelnden Ärzte/Psychotherapeuten sowie die einbezogenen Experten gegenüber den Beschäftigten der Kontaktstelle von der Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass die Kontaktstelle Experten und Ärzten aus den Mitgliedseinrichtungen des ZSE (insbesondere dem Universitätsklinikum Ulm, den Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm/RKU, dem Bundeswehrkrankenhaus Ulm und dem Bezirkskrankenhaus Günzburg) die notwendigen Unterlagen zur Einsicht übersendet und diese in einer gemeinsamen Fallkonferenz auswertet.

Für spezielle Fragestellungen ist ggf. der Befund einer genetischen Untersuchung entscheidend und somit eine wichtige Information für Ihre behandelnden Ärzte. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, den genetischen Befund im zentralen Klinikinformationssystem dem medizinischen Personal verschiedener Fachrichtungen zugänglich zu machen. Damit geht eine Speicherdauer von bis zu 30 Jahren einher. Ich willige ausdrücklich ein, dass genetische Befunde in der elektronischen Patientenakte / dem Klinikinformationssystem dokumentiert werden dürfen.

Ich willige ein, dass die Ärzte und Mitarbeiter des ZSE am Universitätsklinikum Ulm meine Daten und Befunde aus Vorbehandlungen von meinen behandelnden Ärzten/Psychotherapeuten anfordern können, sofern das für die Diagnostik erforderlich ist.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit gegenüber der Kontaktstelle des Zentrums widerrufen werden. Im Widerrufsfall werden in der Kontaktstelle alle Unterlagen zurückgegeben, Kopien vernichtet und gespeicherte Daten gelöscht. Der Widerruf führt nicht zur Unzulässigkeit der bis dahin vorgenommenen Verarbeitung gemäß der Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Patientin / des Patienten oder gesetzlichen Vertreters