



Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Mitarbeiter des Essener Zentrums für Seltene Erkrankungen (EZSE) am Universitätsklinikums Essen

- a) die mich betreffenden Krankenpapiere (z.B. Krankenblätter, Krankengeschichten, ärztliche Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen, Gutachten),
- b) Behandlungs- und Befundberichte von Ärzten und Krankenhäusern, bei denen ich in Behandlung war oder bin,
- c) meine Krankengeschichte im Rahmen von Fallkonferenzen mit Expertinnen und Experten innerhalb der Universitätsmedizin Essen und Expertinnen und Experten anderer Krankenhäuser und Niederlassungen

zur Verwertung im Rahmen meiner Fallbewertung und Fallaufarbeitung heranziehen dürfen.

Ich entbinde zugleich alle behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift