

Schweigepflichtentbindung¹

Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____

Straße und Hausnummer: _____

Erklärung

Ich entbinde hiermit die Ärzte und Mitarbeiter/innen der Abteilung Neuropathologie des Standortes Marburg der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH (UKGM) von der Schweigepflicht in Zusammenhang mit meiner Behandlung durch die Abteilung Neuropathologie gegenüber folgenden Ärzten²:

1. _____
(Name, Anschrift und Institution des Arztes / Stempel)

2. _____
(Name, Anschrift und Institution des Arztes / Stempel)

3. _____
(Name, Anschrift und Institution des Arztes / Stempel)

4. _____
(Name, Anschrift und Institution des Arztes / Stempel)

Diese Schweigepflichtentbindung gilt nur für Daten, die für eine Weiterbehandlung durch die o.g. Ärzte erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und von mir jederzeit widerrufen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift

1: Die vollständig ausgefüllte und unterschriebene Erklärung bitte im Original an die Abt. Neuropathologie, UKGM Marburg, Baldingerstrasse, 35043 schicken. In dringenden Fällen kann vorab die Erklärung per Fax (06421/586-2258) gesendet werden; die Erklärung ist dann schnellstmöglich im Original per Post nachzureichen.

2: Unbedingt vollständig ausfüllen. Für die Anschrift und Institution ist ein Stempel ausreichend.