

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, _____, geboren am _____, wohnhaft
(Vorname) (Name) (Geburtsdatum)

_____ willige ein, dass
(Straße und Hausnummer) (PLZ) (Wohnort)

_____ und
(Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der Ihre Hämochromatose behandelt)

_____ (Name und Anschrift des Arztes, der bei Ihnen eine Gelenkbestrahlung durchgeführt hat)

zum Zweck der wissenschaftlichen Untersuchung „Therapie der Hämochromatose – Arthropathie“ Daten und Befunde zu meiner Hämochromatose (einschließlich der Art der Therapie der Hämochromatose, Verlaufs - Werte der Hämochromatose, Daten zu Folgekrankheiten der Hämochromatose und zu meinen Medikamenten sowie zur Art der Therapie der Gelenkschmerzen bei Hämochromatose, ggf. Röntgenaufnahmen) weiterleiten an folgende Ärzte:

Prof. Dr. med. Irenäus Adamietz

Direktor der Klinik für
Strahlentherapie und Radio – Onkologie

PD Dr. med. Bernhard Henning,

Leitender Arzt

Dr. med. Arnd Giese,

Funktionsoberarzt

Herrn Julian Riebeling

Assistenzarzt der

Abteilung für Gastroenterologie und interdisziplinäre Endoskopie

Marienhospital Herne

Klinikum der Ruhr – Universität Bochum

44625 Herne

Tel.: 02323 - 499 – 1551 (Sekretariat Gastroenterologie)

Fax: 02323 - 499 – 394 (Sekretariat Gastroenterologie)

Email: arnd.giese@rub.de

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

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift des Patienten)