

<b>PatientIn:</b> Herr/Frau	_____
	(Nachname, Vorname)
geb. am	_____
	(Geburtsdatum)
wohnhaft	_____
	(Anschrift)

### Entbindung von der Schweigepflicht

Ich (Wir), Frau/ Herr	_____	_____
	(Nachname, Vorname)	(Nachname, Vorname)
geb. am	_____	_____
	(Geburtsdatum)	(Geburtsdatum)
wohnhaft	_____	_____
	(Anschrift)	(Anschrift)

entbinde/n hiermit die MitarbeiterInnen der Genetischen Ambulanz von der Schweigepflicht gegenüber der/n unten genannter/n Person(en) (z.B. behandelnde ÄrztInnen, Angehörige). Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die MitarbeiterInnen des MVZs am Klinikum Oldenburg die im Rahmen der genetischen Beratung zu o.g. Patienten/in erhobenen medizinischen und genetischen Befunde an diese Person(en) weitergeben. Zu diesem Zweck darf von den ÄrztInnen der Genetischen Ambulanz Einsicht in die Patientendaten (Papierakte und digitale Akte) des/der o.g. Patienten/Patientin genommen werden.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt gegenüber folgender/n Person(e)n:

**1. Name:** \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**2. Name:** \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**3. Name:** \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### Im Falle einer Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörigen:

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass genetischen und klinischen Befunde des/ der o.g. Patienten/in für die Diagnostik und Befunderstellung für die oben genannten Angehörigen verwendet werden dürfen. Die Patienten-Nummer / DNA-Nummer der/s Patienten/in darf auf dem Befundbericht der/des Angehörigen genannt werden.

Ja

Nein

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum      Unterschrift PatientIn bzw. berechnigte Person(en)

**Diese Schweigepflichtentbindung kann jederzeit ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf kann schriftlich / per E-Mail / Fax an die nebenstehende Adresse gerichtet werden.**

**Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum Oldenburg GmbH**

**Medizinische Genetik**

in Kooperation mit

**Universitätsinstitut für Medizinische Genetik**

**Univ.-Prof. Dr. med. Marc-Phillip Hitz, PhD**

Rahel-Straus-Straße 10  
26133 Oldenburg

**Genetische Ambulanz**

Telefon:

0441 - 403 2407

Fax:

0441 - 403 2967

E-Mail:

medizinische.genetik@klinikum-oldenburg.de

**Internet:**

<http://www.klinikum-oldenburg.de>

**Datum:**

30.03.2023

**Geschäftsführer:**

Sebastian Hahn

Erfüllungsort und Gerichtsstand:  
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124

Steuer-Nr.: 64/220/18170

**Bankverbindung:**

IBAN:

DE85 2805 0100 0001 6940 82

BIC: SLZODE22