

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

### Entbindung von der Schweigepflicht

|                          |                     |                     |
|--------------------------|---------------------|---------------------|
| Ich (Wir),<br>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. bereichtigte 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:**  
14.09.2022

**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