



Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

.....
(Name, Vorname, geb. Datum)

.....
(vollständige Anschrift)

Frauenärzte · Psychotherapie
Belegärzte an der Frauenklinik München-West

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Klaus Fiedler
Dr. med. Gottfried Krüsmann
Dr. med. Jan Krüsmann
Prof. Dr. Dr. med. habil. Wolfgang Würfel
Lortzingstraße 26 · 81241 München
Telefon (089) 244 144-0
info@ivf-muenchen.de
www.ivf-muenchen.de

alle Ärzte, Biologen sowie das medizinische Personal des Kinderwunsch Centrum München MVZ (siehe Briefkopf), die mich behandeln, behandelt haben oder werden, von Ihrer Schweigepflicht gegenüber:

	Name	Unterschrift
Ehepartner/Partner		
Dolmetscher		
Andere Person		

Die Schweigepflichtentbindung gilt für folgende Themen:

- telefonische Mitteilung des Procedere
- alle Befunde aller Untersuchungen
- alle Therapien
- allen Arztbriefen
- allen Labordaten
- allen Abrechnungsdaten

zum Zwecke der Information der o.g. Personen.

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Die neue Datenschutzgrundverordnung (kurz **DSGVO**) ist in Kraft getreten.

Unsere Datenschutzerklärung für Patienten nach DSGVO können Sie auf unserer Homepage einsehen bzw. downloaden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Erstellt von: S. Scheibenzuber	Geprüft durch: I. Fiedler	Freigegeben von: Dr. Fiedler
Datum: 06_2018	Datum: 06_2018	Datum: 06_2018