

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich habe schriftlich eingewilligt, Unterstützung von immunologin.ch, vertreten durch PD Dr. phil. nat. Michaela Fux, zu erhalten.

Die folgende Person soll unterstützt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mit meiner schriftlichen Einwilligung autorisiere ich Frau Dr. Michaela Fux, von behandelnden medizinischen Fachpersonen medizinische Auskünfte über die zu unterstützende Person einzuholen sowie diesbezügliche Akten anzufordern.

Ich beauftrage die unten genannte medizinische Fachperson, Frau Dr. Michaela Fux, die gewünschten Auskünfte zu erteilen, Akten herauszugeben und entbinde die unten genannte medizinische Fachperson von der beruflichen Geheimhaltungspflicht.

Name, Vorname der med. Fachperson

Adresse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

E-Mail-Adresse

Name, Vorname:

Ort, Datum:

Rechtsgültige Unterschrift des Patienten/der Patientin oder seiner/ihrer berechtigten

Vertretungsperson:

Anhang: Einwilligungserklärung für immunologin.ch (Version 1.0 vom 01.10.2023)