

Einverständniserklärung für immunologin.ch

Ich habe die Information für Betroffene von immunologin.ch (Version 1.1 vom 20.12.2023) gelesen und wünsche Unterstützung von immunologin.ch, vertreten durch PD Dr. phil. nat. Michaela Fux.

Die folgende Person soll unterstützt werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

Tel. Nr.

E-Mail-Adresse

Ich willige hiermit ein, dass Frau Dr. Michaela Fux:

- Einsicht in meine vorhandenen medizinischen Angaben und Befunde oder die meines oder meiner Angehörigen hat.
- Mit anderen Ärzten oder Ärztinnen, die mich oder meinen Angehörigen / meine Angehörige behandelt haben, medizinische Auskünfte über mich oder meinen Angehörigen / meine Angehörige einholt und diesbezügliche Akten anfordert.
- Experten auf meinem Gesundheitsgebiet oder das meines/meiner Angehörigen kontaktiert, um mehr über meine Situation oder die meines/meiner Angehörigen zu erfahren. Diese Gespräche können mit oder ohne meine Anwesenheit stattfinden, je nach meinen Wünschen.

Ich bestätige dass:

- Ich die Information für Betroffene von immunologin.ch erhalten, gelesen und verstanden habe.
- Mir bekannt ist, dass die Einwilligung freiwillig ist.
- Ich weiss, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.
- Ich, falls erforderlich, die Entbindungserklärung unterschrieben habe, welche meinen Arzt oder meine Ärztin oder der Arzt oder die Ärztin meines Angehörigen oder meiner Angehörigen von der Schweigepflicht entbindet.

Name, Vorname:

Ort, Datum:

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

Vertretungsperson: