
Schweigepflichtsentbindung im Rahmen der Studie zur Lissenzephalie

Hiermit entbinde ich _____
geb. am _____
wohnhaft: _____
den Arzt/die Ärztin _____
Anschrift: _____

im Rahmen der Lissenzephalie-Studie gegenüber **Frau Prof. Dr. Hehr, Zentrum für Humangenetik, Im Universitätsklinikum, D3, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg** der ärztlichen Schweigepflicht, damit zukünftige Befunde direkt an diese weitergeleitet werden können.

Diese Erklärung bezieht sich auf:

Name und Geburtsdatum des Patienten

Unterschrift mit Ort, Datum (unter 18 Jahren inkl. des gesetzlichen Vertreters)

Name und Geburtsdatum der gesetzlichen Vertreter bei Patienten unter 18 Jahren
