

## Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Frau/Herr

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

meine(n) Hausarzt/Hausärztin bzw. behandelnde(n) Arzt/Ärztin sowie ggf. seine/ihre Nachfolger/in und die ärztlichen KollegInnen in der Praxis/Gesundheitseinrichtung

Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

freiwillig und auch für den Fall, dass ich meine Selbstbestimmungsfähigkeit verlieren sollte sowie über meinen Tod hinaus gegenüber der

Leitung des Studienzentrums Augsburg der NAKO

*Stenglinstr. 2*

*86156 Augsburg*

*Telefon: 0821-56990-0*

*Fax: 0821-56990-1082*

*E-Mail: nako@helmholtz-muenchen.de*

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erlaube meinem Arzt/meiner Ärztin ausdrücklich auch die Weitergabe von Diagnostik- und Behandlungsdaten bzw. -unterlagen, die er/sie von anderen ÄrztInnen und Gesundheitseinrichtungen erhalten hat.

Diese Schweigepflichtentbindung beschränkt sich auf Diagnostik- und Behandlungsdaten im Zusammenhang mit den Zielerkrankungen der NAKO Gesundheitsstudie (Herz-, Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Krebs, Erkrankungen der Sinnesorgane, neurologische und psychiatrische Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Allergien, Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, rheumatische Erkrankungen und Infektionskrankheiten).

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit gegenüber dem Studienzentrum Augsburg der NAKO widerrufen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift