

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

..... (Name, Vorname)

..... (Geburtsdatum)

..... (Anschrift)

meine/n behandelnde Ärztin/Arzt,

..... (Name)

..... (Institution)

..... (Anschrift)

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass folgende personenbezogenen Dokumente:

- Antrag auf Kostenübernahme durch meine Krankenkasse für eine „Off-Label“ Behandlung
- Die sich auf diesen Antrag beziehende Korrespondenz seitens meiner Krankenkasse (z.B. Bewilligung oder Ablehnung) und meiner behandelnden Ärztinnen/Ärzte (z.B. Widersprüche)

sowie die folgenden Daten:

- Datum der Entscheidung zur Durchführung sowie der Einleitung der „Off-Label“ Behandlung
- Zeitlicher Aufwand meiner/s behandelnden Ärztin/Arztes für die Erstellung des Antrags

per Fax an die folgende Person/Institution:

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Division of Evidence-Based Medicine (dEBM), Leitung: Prof. Dr. med. Alexander Nast
Charitéplatz 1, 10117 Berlin

übermittelt und ausschließlich zur Auswertung im Rahmen der Studie „**Off-Label Verordnungen in der Dermatologie**“ verwendet werden dürfen.

Diese Erklärung gilt für die Dauer der Studie (12 Monate).

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

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift

--

Bitte per Fax an: 030 450 7518977

Version 1.1 vom 09.07.2018