

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum
für Embryonaltoxikologie

Spandauer Damm 130, Haus 10
14050 Berlin

Sekretariat

Tel.: 030-303081-10

Fax: 030-303081-22

E-Mail: mail@embryotox.de

Patientin

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl: Ort:

Land oder Bundesland:

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

* [bitte Nicht-Zutreffendes streichen]

- Ich entbinde hiermit meine behandelnden Ärzte bzw. die behandelnden Ärzte meines Kindes* bzw. Herrn/Frau Dr.

Name der Ärztin / des Arztes:

von der Schweigepflicht zu dem Zweck, dem Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie in Berlin mich/mein Kind* betreffende ärztliche Befundberichte zu übersenden.

Diese Daten werden ausschließlich im Zusammenhang mit meiner Beratung und anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit gemäß Arzneimittelgesetz verwendet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit und ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Daten werden dann umgehend gelöscht.

Ort, Datum, Unterschrift:

Erklärung des Instituts für Embryonaltoxikologie

Die uns übermittelten patientenbezogenen Daten verwenden wir ausschließlich zur individuellen Risikobewertung und anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke zur Verbesserung der Arzneimittel- und Impfstoffsicherheit gemäß unserer Aufgaben als Pharmakovigilanzzentrum im Auftrag des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des Paul-Ehrlich Instituts (PEI). Das Einverständnis zur Datenspeicherung kann jederzeit und ohne Begründung widerrufen werden. Die Daten werden dann umgehend gelöscht. Andernfalls erfolgt die Löschung nach Ablauf von 10 Jahren.