

## Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum  
für Embryonaltoxikologie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin

**Sekretariat**  
Tel.: 030-450 525 702  
Fax: 030-450 7525 920  
E-Mail: [embryotox@charite.de](mailto:embryotox@charite.de)

---

### Patientin

Vorname: .....

Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl: ..... Ort: .....

Land oder Bundesland: .....

Ggf. Name/Geburtsdatum meines Kindes: .....

---

### Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

\*[Bitte Nichtzutreffendes streichen]

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

1. Klinik .....

2. Behandelnder Gynäkologe .....

3. Behandelnder Kinderarzt .....

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 Pharmakovigilanzinstitut 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.