



Medizinische Hochschule  
Hannover

## ***Einverständniserklärung / Entbindung von der Schweigepflicht***

Bitte kreuzen Sie an:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Arztbriefe / Befunde / andere Originaldateien von Untersuchungen (z.B. MRT-Bilder) meine Person betreffend gespeichert werden

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber Ärztinnen und Ärzten der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde / Unterlagen / Untersuchungsmaterialien weitergeleitet und von den Mitarbeitern des ZSE der MHH angefordert werden dürfen.

---

Name, Vorname (in Druckschrift)

---

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Entbindung von der Schweigepflicht kann jederzeit widerrufen werden.