



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT

Im Rahmen des vom Sozialministeriumservice geförderten Projektes *LEA BuS - Leben mit Epilepsie in der Arbeitswelt Beratung und Sensibilisierung* gibt es die Möglichkeit einer Beratung und Unterstützung durch EpilepsiefachberaterInnen. Diese unterstützen BeraterInnen in ganz Österreich bei der Integration von Menschen mit Epilepsie durch ihre Fachexpertise.

Für die Beratung ist in vielen Fällen auch der Austausch mit dem / der behandelnden Neurologen/in notwendig.

Ich, _____
Vorname Zuname

Sozialversicherungsnummer Geburtsdatum Geburtsort

Adresse

entbinde den unten genannten Arzt/ die unten genannte Ärztin hiermit von seiner/ ihrer Schweigepflicht.

Vorname Zuname

Adresse

Krankenhaus / Abteilung

Telefonnummer E-Mail

gegenüber Frau/Herr (BeraterIn)

Vorname	Zuname
Adresse	
Firma	
Telefonnummer	E-Mail

und bin einverstanden, dass mit den oben genannten Personen Befunde und Unterlagen zu meiner Epilepsie ausgetauscht werden dürfen.

Die MitarbeiterInnen bestätigen, dass sie Informationen und Unterlagen, die sie von der genannten Person erhalten, nicht an Dritte weitergeben werden.

Ich wurde ferner darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Datum	Unterschrift PatientIn bzw. Erziehungsberichtige/r
-------	--

ärztliche Schweigepflichtentbindung

mit freundlicher Unterstützung

