

Ort, Datum: _____

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG
und
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DAS EVIDENZPROGRAMM

Ich, _____, geboren am _____, ermächtige hiermit meinen behandelnden Arzt, _____, **jegliche Informationen über meinen Gesundheitszustand, Befunde und medizinische Unterlagen an Lutz Larm bzw. seine Mitarbeiter weiterzugeben und zu besprechen.**

Zweck der Datenweitergabe:

Diagnostische Dokumentation und Evaluation der Auswirkungen der Bio-Therapie, vornehmlich im Rahmen des Evidenzprogramms.

Umfang der Datenweitergabe:

Alle relevanten medizinischen Informationen, Befunde und Berichte, die für die wissenschaftliche oder diagnostische Auswertung der Bio-Therapie erforderlich sind. Dies umfasst vorherige und anschließende Dokumentationen, insbesondere fachliche Auswertungen und deren Rohdaten (z. B. Blutbilder und bildgebende Verfahren wie Ultraschall, MRT, CT, Röntgenbilder etc.).

Gültigkeit:

Diese Einwilligung gilt **bis auf Widerruf**. Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.

Einwilligung durch gesetzlichen Vertreter (falls erforderlich):

- Für Minderjährige oder Personen unter Vormundschaft/Betreuung:
Name des gesetzlichen Vertreters: _____
Unterschrift: _____ Datum: _____
- Für weitere gesetzliche Vertreter (falls mehrere vorhanden):
Name: _____
Unterschrift: _____ Datum: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich **vollständige und wahrheitsgetreue Angaben** und dass ich den Inhalt dieser Einwilligung **verstanden habe und der Weitergabe meiner Daten zustimme**.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____