



**MPN Childhood Registry Entbindung Schweigepflicht**

Formular

PD Dr. med. Axel Karow  
Leitung MPN Childhood Registry  
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie  
Kinder- und Jugendklinik  
Universitätsklinikum Erlangen

Loschgestraße 15  
91054 Erlangen

**Kinder- und Jugendklinik**  
Direktor: Prof. Dr. med. Joachim Wölfle

**Abteilung für Hämatologie und Onkologie**  
Leiter: Prof. Dr. med. Markus Metzler  
Stellv. Klinikdirektor

**MPN Childhood Register**  
Leitung: PD Dr. med. Axel Karow  
Telefon: 09131 85-41376  
Fax: 09131 85-35742  
E-Mail: [ki-mpn@uk-erlangen.de](mailto:ki-mpn@uk-erlangen.de)

**Klinisches Labor**  
Leiter: Prof. Dr. rer. nat. Manfred Rauh  
Zellbiologisches Labor:  
Telefon: 09131 85-33744

**Entbindung des behandelnden ärztlichen Personals von der  
Schweigepflicht MPN Childhood Register**

Hiermit entbinde ich als Patient(in) bzw. Sorgeberechtigte(r)

Für Patient(in): \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Meine(n) behandelnde(n) Ärztin/Arzt/die behandelnde Praxis/das behandelnde Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
(Name, Ort bzw. Stempel)

von der ärztlichen Schweigepflicht und beauftrage die Übermittlung

- aller dort erhobenen Befunde
- des spezifischen Befundes: \_\_\_\_\_

Und damit auch aller darin enthaltenen persönlichen, medizinischen und ggf. genetischen Daten entsprechend der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) an das:

MPN Childhood Register  
Leitung Dr. med. Axel Karow  
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie  
Kinder- und Jugendklinik  
Universitätsklinikum Erlangen  
Loschgestraße 15  
91054 Erlangen

**Die vertrauliche Datenübermittlung an unsere Faxnummer (09131) 85-35742  
und deren Verwendung danach wird von uns als Empfänger dieser Daten gewährleistet, s.a.  
<http://www.kinderklinik.uk-erlangen.de/datenschutz>.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten(in) bzw. Sorgeberechtigte(n)