



## 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

