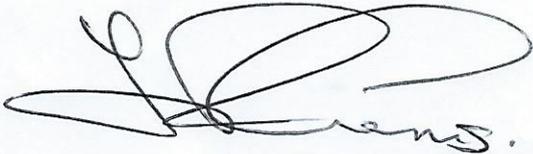


Autorisation de publication et levée du secret médical

Je soussigné, Mr CREWS Francis, né le 02/05/1953, certifie donner
l'autorisation au DR KEMPENICH, de publier mon cas clinique sous le sceau de
l'anonymat.

J'autorise donc la levée du secret médical.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Francis Crews', with a stylized flourish above the name.

Strasbourg le 17/11/2017

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Projektname:
Fallbericht

Projektverantwortlicher:
Paul Werthmann (Arzt)

Projektbetreuer:
Dr. med. Gunver S. Kienle
Dr. med. Helmut Kiene

Name des Patienten: _____

Geburts-Datum: _____

Ich entbinde hiermit die Ärzte und Institutionen, die mich behandeln bzw. mich behandelt haben von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Projektverantwortlichen Paul Werthmann, sowie den Projektbetreuern. Insbesondere willige ich ein, dass meine Krankenakten und sonstige medizinische Dokumente angefordert werden dürfen.

Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine Entbindungserklärung jederzeit, und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

4 - 12 - 2017

(Datum und Unterschrift des Patienten)

<

Kontaktdaten des Projektverantwortlichen:

Paul Werthmann
Friedrich-Naumann-Weg 2
89522 Heidenheim

Tel: 01577 - 1984421
e-mail: Paul.Werthmann@ifaemm.de
www.ifaemm.de