

## Einwilligung zur Weiterverwendung von Patientendaten und -proben für die Forschung

Patient/in



Name	AA (aus dem SAP generiert)	PID	1111111
Vorname	BB	Geburtsdatum	01.01.1900
Strasse/Nr.	XX		
PLZ/Ort	YY		

Ich stelle meine Daten und Proben (verschlüsselt) zu Forschungszwecken zur Verfügung

ja

nein

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Patient/in

(ggfs. vertretungsberechtigte Person, bitte Name und Bezug zum Patienten angeben)

Eine ausführliche Informationsbroschüre erhalten Sie am Anmeldeschalter oder wenden Sie sich dafür an das Personal.

Bitte markieren Sie ein Kästchen mit einem Kreuz und geben Sie dieses Formular bei der Anmeldung ab.

*Nur Interne Information: Formular dem Zentralarchiv täglich vor 9h00 per STA 54892 zustellen.*