

Zustimmungserklärung – Patientin/Patient

Zustimmung zur Nutzung meiner Patientendaten für die medizinische Forschung

Bitte lies Dir Folgendes aufmerksam durch, kreuze Zutreffendes an und unterschreibe bei „Unterschrift des Patienten“, sofern Du einverstanden bist.

1. Ich bin einverstanden, dass Forscher meine Daten bekommen.

☐ ja ☐ nein

Ich weiß, dass ich freiwillig mitmache und dass ich jederzeit aufhören kann, wenn ich nicht mehr mitmachen möchte.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Ort, Datum (vom Patienten einzutragen, optional), Unterschrift des Patienten (optional)

Die minderjährige Person wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über die Nutzung der Patientendaten und Krankenkassendaten sowie die damit verbundenen Risiken informiert. Ein Exemplar der Patienteninformation und der Zustimmungserklärung habe ich der minderjährigen Person ausgehändigt.

Ort, Datum

Vor- und Nachname Mitarbeiter*in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Mitarbeiter*in

Sofern das Kind nicht selbst unterschrieben hat:

Ich habe mich von der Zustimmung des Kindes überzeugt und den Willen des Kindes dokumentiert.

Ort, Datum

Vor- und Nachname Mitarbeiter*in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Mitarbeiter*in

Patientenaufkleber

ZUSTIMMUNGSERLÄRUNG – FÜR IHRE UNTERLAGEN

MZ06051