



Einverständniserklärung Essener Zentrum für Seltene Erkrankungen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass Arztbriefe/Befunde/andere Originaldateien von Untersuchungen (z.B. MRT-Bilder) meine Person betreffend gespeichert werden.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Fall und meine Unterlagen im Rahmen von Fallkonferenzen (auch unter Teilnahme von Vertretern außerhalb der Universitätsmedizin Essen) zur Besprechung meiner Erkrankung weitergeleitet und diskutiert werden dürfen.

Sind Sie an einer zukünftigen Studienteilnahme interessiert?

Ja Nein Weitere Informationen erwünscht

Dürfen wir Sie in ein pseudonymisiertes Patientenregister aufnehmen?

Ja Nein Weitere Informationen erwünscht

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient oder gesetzlicher
Vertreter (z.B. Eltern)