



Einwilligungserklärung für die Teilnahme am ausgedruckten Fragebogen

*An das
Universitätsklinikum Augsburg
Klinik für Herz und Thoraxchirurgie
Studienzentrum » HERZNETZ
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg*

*Bitte füllen Sie die Einwilligungserklärung
vollständig aus und senden diese
Erklärung zusammen mit dem ausgefüllten
Fragebogen an die nebenstehende
Kontaktadresse*

Ich versichere mit meiner Unterschrift, alle Informationen verstanden zu haben. Unter den oben genannten Studienbedingungen willige ich in die Teilnahme am beschriebenen Forschungsvorhaben und der Verarbeitung meiner Angaben und Daten ein.

- Ja, ich willige ein.
- Nein, ich willige nicht ein

Bei Rückfragen zur Patienteneinverständniserklärung wenden Sie sich bitte jederzeit in schriftlicher Form oder telefonisch bei der Studienleitung und/oder o.g. weiteren Projektbeteiligten.

Name, Vorname Patient/Patientin: _____

Ort & Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Name, Vorname aufklärende Person: _____

Ort & Datum

Unterschrift der aufklärenden Person

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihren wertvollen Beitrag!