



Kontaktformular Studie „Erkrankungsschwere CED“

Bitte teilen Sie uns auf diesem Formular Ihre Kontaktdaten mit.

Wir benötigen diese, um Ihnen den Link zur Befragung zuzuschicken, Ihren Arzt zu kontaktieren und, falls nötig, an die Befragung zu erinnern.

Das Formular kann per Post (Adresse s.o., z.Hd. Frau Neuser) oder Email (iss@uni-oldenburg.de) geschickt werden.

Datenschutzhinweis: Die Angaben werden nur für den hier angegebenen Zweck verwendet (Kontaktaufnahme für die Studie „ISS“, Zusendung von Unterlagen zur Studie, Erinnerung an die Teilnahme). Sie werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden spätestens mit Abschluss der Studie vernichtet.

Ihre eigenen Kontaktdaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Email-Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Stadt: _____

Telefonnummer (mit Vorwahl) _____

Kontaktdaten Ihres CED-Arztes:

Name des Arztes/der Ärztin _____

Name der Praxis oder Klinik _____

Stadt der Praxis oder Klinik _____

Falls bekannt: Email-Adresse Arzt/Ärztin _____

Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angegebenen Daten für die Organisation der Befragung „Erkrankungsschwere bei CED“ genutzt werden (Kontaktaufnahme, Zusendung von Informationen)

Ich bin damit einverstanden, dass Sie meinen Arzt/meine Ärztin für Informationen zu meiner Erkrankung kontaktieren.

Falls Sie noch keine 18 Jahre alt sind: Meine Erziehungsberechtigten sind ebenfalls mit meiner Teilnahme einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____