

Schweigepflichtentbindung für die Studie „CED - Erkrankungsschwere aus Betroffenenensicht“

Ich,

Name:

Anschrift:

Geburtsdatum:

entbinde folgenden Arzt und/oder Ärztin (Ärzte, Ärztinnen):

Name(n)

Klinik/Praxis

Ort

von ihrer/seiner Schweigepflicht gegenüber dem Studienteam an der Universität Oldenburg, Abteilung Epidemiologie und Biometrie. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde mitgeteilt werden. Die Entbindung gilt nur für die im Rahmen dieser Studie erfragten Befunde und endet mit Abschluss der Befragung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift
