



H 06.007

Hans Muster
Friedhofsweg 1
5000 AarauKantonsspital Aarau AG
Tellstrasse, CH-5001 Aarau
Tel. +41 (0)62 838 41 41
www.ksa.ch**Einwilligungserklärung für die Weiterverwendung von Daten und Proben für die Forschung**

Ich habe die Informationen zur Verwendung von gesundheitsbezogenen Daten und Proben für die Forschung erhalten und gelesen.

Ich willige ein, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Proben in verschlüsselter Form für die Forschung verwendet werden dürfen.

 ja nein

Patient: 300062201
Name / Vorname: Muster, Hans
Strasse / Nr: Friedhofsweg 1
PLZ / Ort: 5000 Aarau
Geburtsdatum: 11.11.1927

Ort, Datum rechtsgültige Unterschrift der Patientin / des Patienten

oder rechtsgültige Unterschrift der gesetzlichen Vertretung
sowie Beziehung zur Patientin / zum Patienten
Ort, Datum *[Name und Vorname, Unterschrift]*

Ich weiss, dass ich jederzeit Fragen stellen kann und dass ich die Einwilligung jederzeit ohne Begründung widerrufen kann.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.

Für den internen Gebrauch: Formular bitte retour an Patientenempfang, Haus 1, Rohrpost 190