



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung

---

## Erlaubnis zur Freigabe von medizinischen Informationen

---

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Emailadresse: \_\_\_\_\_

Bitte beantworten Sie diese Fragen sorgfältig	Bezeichnung/Name	Datum (seit wann)
Erkrankungen ( <i>Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Allergien, Übergewicht, Fettleber, Diabetes etc</i> )		
Medikamente die Sie regelmäßig nehmen: <i>Inkl. Dosierung und Häufigkeit</i>		
Medikamentenallergien:		
Operationen die durchgeführt wurden		

WICHTIG: Auf der zweiten Seite unterschreiben.

**Karl Landsteiner Institut**  
**STUDIENAMBULANZ der 1. Med. Klinik Landstraße**  
[www.studienambulanz.at](http://www.studienambulanz.at)  
Boerhaavegasse 13, 2. Stock, Tür 18  
1030 Wien  
Tel: +43-01-7116572161



Verein zur Förderung  
Medizinisch-Wissenschaftlicher  
Forschung

**Platz für zusätzliche Eintragungen:**

Bezeichnung/Name	Datum (seit wann)

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, meine Daten der Studienambulanz zur Verfügung zu stellen. Meine Fragen wurden zu meinem Verständnis beantwortet.  
Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Forschungsvorhaben/Teilnahme einer Studie einverstanden.

Datum und Name: \_\_\_\_\_

**Karl Landsteiner Institut**  
**STUDIENAMBULANZ der 1. Med. Klinik Landstraße**  
[www.studienambulanz.at](http://www.studienambulanz.at)  
Boerhaavegasse 13, 2. Stock, Tür 18  
1030 Wien  
Tel: +43-01-7116572161