



Verein zur Förderung
Medizinisch-Wissenschaftlicher
Forschung

Erlaubnis zur Freigabe von medizinischen Informationen

Vor- und Nachname: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
Geburtsdatum: _____
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
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
Boerhaavegasse 13, 2. Stock, Tür 18
1030 Wien
Tel: +43-01-7116572161