



**Universitätsklinikum  
Regensburg**

## Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich,

-----

Name, Vorname

**in die Teilnahme an der Studie „Patientenzentrierte Ergebnisbewertung nach Acetabulumfraktur.“ ein,**

**bei welcher ich**

einen Fragebogen zu Alltagstätigkeiten und meinem Gesundheitszustand ausfülle.

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Angaben durch den Studienarzt erhoben verschlüsselt (pseudonymisiert) auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in nicht rück-entschlüsselbarer (anonymer) Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.**

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.**

-----  
Datum

-----  
Unterschrift des/der Teilnehmers/-in  
(oder des gesetzlichen Vertreters)

Ort,

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Dr. Florian Baumann, Klink für Unfallchirurgie der Uniklinik Regensburg. Telefonnummer 0941/944-6769 bzw. 0941/944-6828.