

14. Nov. 2016
Flaunserstr. 8
79102 Freiburg
Germany

PATIENT CONSENT FOR PUBLICATION

I hereby give my consent for all or any part of my clinical information, including images relating to my case, to be reported in a medical publication.

I understand that my name and initials will not be published and that efforts will be made to conceal my identity.

Sigrid Laubichler
(Patient)



Prof. Dr. Wolfgang Kreisel
(Attending Physician)

Freiburg 10.03.2017

Sigrid Laubichler

79102 Freiburg, 14.11.2016

Flaunserstr. 8

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Verlauf meiner Darmerkrankung in Form eines Fallberichtes publiziert wird. Ich bin aufgeklärt worden, dass die Details in anonymisierter Form dargestellt werden.

Sigrid Laubichler

14.11.2016
Sigrid Laubichler

Gegengezeichnet

14.11.2016

Prof. Dr. Wolfgang Kreisel

W. Kreisel