

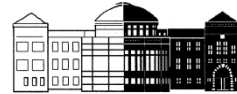


LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

ANATOMISCHE ANSTALT
LEHRSTUHL II
PROF. DR. CHRISTOPH SCHMITZ



Anatomische Anstalt · Lehrstuhl II · Pettenkoferstr. 11 · 80336 München



Lehrstuhlinhaber
Prof. Dr. C. Schmitz

Telefon +49 (0)89 2180-72620
Telefax +49 (0)89 2180-72683

christoph_schmitz@med.uni-muenchen.de

www.anatomie.med.uni-muenchen.de

Postanschrift
Pettenkoferstr. 11
80336 München

Studie zu Verletzungen im Zusammenhang mit der Jagd auf Wildschweine

Einwilligungserklärung

.....
Name der /des Teilnehmenden in Druckbuchstaben

geb. am

Ich habe

- den Text der Informationsschrift für die Teilnehmenden mit seinen beiden Teilen (Teil I: Informationen zum Forschungsvorhaben, einschließlich Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite des Forschungsvorhabens; Teil II: Informationen zur Verwendung der Daten) sowie
 - den strukturierten Fragebogen
- ausführlich gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an diesem Forschungsvorhaben zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Mir ist bekannt, dass bei diesem Forschungsvorhaben personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung meiner personenbezogenen Daten setzt vor der Teilnahme an dem Forschungsvorhaben folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an dem Forschungsvorhaben teilnehmen.

Ich willige ein, dass im Rahmen dieses Forschungsvorhabens personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern gemäß den Angaben in der Informationsschrift Teil II aufgezeichnet, verwendet und weitergegeben werden.

**Ich willige freiwillig ein,
an dem oben beschriebenen Forschungsvorhaben
teilzunehmen.**

Zugleich willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten wie beschrieben ein.

Ein Exemplar der Teilnehmenden-Information und -Einwilligung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt bei Prof. Maier.

.....
Name des Patienten in Druckbuchstaben

.....
Ort/Datum Unterschrift des Patienten

Ich habe die Einwilligung der / des Teilnehmenden eingeholt.

.....
Ort/Datum Prof. Dr.med. Markus Maier