



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Campus Kiel

Klinik für Neurochirurgie
im Neurozentrum

Direktor: Prof. Dr. med. H. M. Mehdorn

Studienkoordination

24105 Kiel, Arnold-Heller Str. 3, Haus 41

Internet: www.neurochirurgie-kiel.uk-sh.de

Einverständniserklärung

Name*, Vorname* : _____

Geb.datum*: _____

Telefonnummer*: _____

Anschrift*: _____

Emailadresse: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen meiner Anfrage an die Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zweckgebunden (zur Erstellung von Zweitmeinungen, zur Vorstellung in interdisziplinären Konferenzen, zur weiterführenden Diagnostik und/oder zur Eingliederung in eine klinische Studie) innerhalb des UKSH weitergeleitet werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Bearbeitung meiner Anfrage an die Klinik für Neurochirurgie des UKSH meine Krankenunterlagen, inklusive der personen- und gesundheitsbezogenen Daten, zweckgebunden verarbeitet und elektronisch gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, mein Einverständnis jederzeit zurückzuziehen.

Mir wurde zugesichert, dass meine Daten, in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des entsprechenden Bearbeitungsstandes, den gesetzlichen Vorgaben entsprechend gelöscht oder gesperrt werden.

Datum:

Unterschrift:

*) Pflichtfelder