Universitätsspital Basel

Declaración de consentimiento para el uso de muestras y datos relacionados con la salud en la investigación

Paciente

Código de barras paciente AA BB

Apellido	AA	PID	1111111
Nombre	BB	OE	888
Fecha de nacimiento	01.01.1900		

Por la presente, acepto
que mis muestras y datos relacionados con la salud y recopilados durante la atención médica (ya sea como paciente ambulatorio u hospitalizado) podrán utilizarse con fines de investigación

☐ Sí ☐ No

Entiendo

- las explicaciones sobre el uso posterior de mis muestras y datos relacionados con la salud para finesde investigación que se especifican en la hoja de información (V1, 29.04.2021).
- que mis datos personales están protegidos.
- que mis datos y muestras pueden utilizarse en proyectos nacionales e internacionales, en el sector público y privado.
- que los proyectos pueden incluir análisis genéticos de mis muestras con fines de investigación.
- que puedo ser contactado nuevamente en caso de que se obtengan resultados pertinentes para mi salud.
- que mi decisión es voluntaria y no afecta mi tratamiento de ninguna forma.
- que mi decisión tiene una duración ilimitada.
- que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento sin necesidad de justificar mi decisión.

……	…….
Lugar, fecha	Firma del paciente, si su estado lo permite
……	…….
Lugar, fecha	Firma del representante legal, si corresponde (Nombre y relación con el paciente)

Por favor, póngase en contacto con la persona que se indica a continuación o con su médico si tiene más preguntas o quiere recibir una copia de este formulario firmado:

Universitätsspital Basel, Departement Klinische Forschung, Spitalstrasse 8/12, 4031 Basel
Telefon +41 61 328 77 17, klinischeforschung@usb.ch

Ejemplo - no copie