

## Einwilligung zur Weiterverwendung von gesundheitsbezogenen Daten und Proben

**Patient/in**

**Strichcode Patient AA BB**

Name	AA	PID	1111111
Vorname	BB	OE	888
Geburtsdatum	01.01.1900		

Ich stimme hiermit zu,  
dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Proben, die während meines ambulanten  
oder stationären Spitalaufenthaltes erhoben bzw. entnommen werden, der Forschung zur  
Verfügung stehen.

Ja                       Nein

Ich weiss, dass

- auf dem Informationsblatt (V3.1, 27.09.2021) die Bestimmungen zur Weiterverwendung meiner Daten und Proben beschrieben sind. Ich habe diese Informationen gelesen und verstanden.
- meine persönlichen Daten geschützt sind.
- meine Daten und Proben in nationalen und internationalen Projekten, innerhalb öffentlicher und privater Institutionen, verwendet werden können.
- meine Proben zu Forschungszwecken für genetische Analysen verwendet werden können.
- ich kontaktiert werden kann, falls für mich relevante Informationen gefunden werden.
- meine Entscheidung freiwillig ist und keinen Einfluss auf meine Behandlung hat.
- meine Entscheidung zeitlich unbegrenzt gilt.
- dass ich meine Zustimmung jederzeit ohne Begründung zurückziehen kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/in, sofern urteilsfähig

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls zutreffend  
(Name und Bezug zu Patient/in)

Sie erhalten eine Kopie dieser Seite mit Unterschrift, wenn Sie dies wünschen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihre behandelnden Ärzte oder an folgenden Kontakt:

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