



ÖRG-Quality Assurance zur Durchführung und Befundung von Prostata MRTs

Erklärung über das Vorhandensein aller Einwilligungserklärungen

.....
Titel / Vorname / Nachname

.....
Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

.....
E-Mail / Telefonnummer

Ich erkläre hiermit, dass von allen Patienten, deren Daten in nicht-pseudonymisierter Form übermittelt werden müssen, unterschriebene Einverständniserklärungen zur Weitergabe ihrer Patientendaten vorliegen.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift