Einwilligung des Patienten zur Datenerhebung im TEP-Register

Ich wurde darüber aufgeklärt und mir ist bekannt, dass meine Daten aufgezeichnet und an die Studienzentrale des TEP-Registers der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) weitergeleitet werden. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen wird mein Name nicht genannt.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich freiwillig bereit, meine Daten dem TEP-Register der DGH zur Verfügung zu stellen.

Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift
Datum Name Unterschrift	Datum Name Unterschrift