

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Campus Lübeck  
**Klinik für Dermatologie,  
Allergologie und Venerologie**  
Direktor: Prof. Dr. med. D. Zillikens

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Enno Schmidt  
Oberarzt

Tel: 0451 / 500-2538

E-Mail: enno.schmidt@uksh.de

Sekretariat: Stephanie Latif

Tel: 0451 / 500-4698

Fax: 0451 / 500-2981

E-Mail: stephanie.latif@uksh.de

Internet: www.derma.mu-luebeck.de



zertifiziert nach  
DIN EN ISO 9001:2008

**Schleswig-Holstein Register für bullöse  
Autoimmundermatosen**

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR PATIENTEN**  
**(Kopie zum Verbleib bei Ihnen)**

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass (Bitte zutreffendes Ankreuzen)

- meine persönlichen und aus meinen Krankenakten entnommenen Daten in einem Register gespeichert werden können
- meine persönlichen und aus meinen Krankenakten entnommenen Daten in pseudonymisierter Form auch an Kooperationspartner außerhalb der Universität Lübeck weitergegeben werden können.
- ich zur Gewinnung weiterer Informationen kontaktiert werden kann.
- ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zweck der Rückmeldung für mich gesundheitsrelevanter Ergebnisse kontaktiert werde.
- mir 9 ml Blut (1 Röhrchen Serum, entspricht etwa 1 Esslöffel) für die Analyse der Autoantikörper entnommen werden.
- mir 9 ml Blut (1 Röhrchen EDTA-Blut, entspricht etwa 1 Esslöffel) für die genetische Analyse (Erbgut) entnommen werden.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit zur Entscheidung. Mir ist bekannt, dass durch eine Nicht-Teilnahme keinerlei Nachteile für mich entstehen können.

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Mein Blut würde dann nicht mehr verwendet und auf Verlangen vernichtet.

Eventuelle zusätzliche Fragen sind mir ausreichend beantwortet worden, denn ich hatte die Gelegenheit, mit einem/r Arzt/Ärztin alle wichtigen Fragen zu diskutieren.

....., den .....

Unterschrift: .....

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt: .....

(in Druckbuchstaben).....

Verantwortliche ärztliche Leitung

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Enno Schmidt, Lübeck

Administrative Leitung

Diana Knuth-Rehr, Study nurse, Lübeck

