

Einverständniserklärung:

Mit der wissenschaftlichen Auswertung meiner Angaben einschließlich der ärztlichen Unterlagen sowie der Blutprobe im Rahmen eines gemeinsamen Forschungsvorhabens mit dem Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund bin ich einverstanden. Dies gilt auch für in der Zukunft auftretende Forschungsfragestellungen. Über ein Widerrufsrecht der Einverständniserklärung wurde ich informiert.

Ja Nein

Die persönlichen Ergebnisse der Untersuchungen möchte ich später erfahren.

Ja Nein

Ich möchte in dem unwahrscheinlichen Fall, dass zufällig medizinisch schwerwiegende Befunde erhoben werden, über diese informiert werden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass später mit mir erneut Kontakt aufgenommen wird.

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes