
Widerrufsformular

Registerstelle des Deutschen Aortenklappenregisters
c/o BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
40472 Düsseldorf

WIDERRUFUNG DER EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Teilnahme am Deutschen Aortenklappenregister

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Name und Ort des Krankenhauses, in dem der Aortenklappeneingriff durchgeführt wurde:

IK-Nr. des Krankenhauses (wenn bekannt): _____

Register ID-Nummer (wenn bekannt, siehe Einwilligungserklärung): _____

Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung zur Teilnahme am Deutschen Aortenklappenregister.

Ich bitte daher das BQS-Institut als Registerstelle, keine weiteren Daten zu meiner Person zu erheben und bereits erfasste Daten so zu anonymisieren, dass eine direkte Zuordnung der Daten zu meiner Person ausgeschlossen werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient / Betreuungsperson

Falls von der Betreuungsperson ausgefüllt:

Name, Vorname der Betreuungsperson: _____
