|  |
| --- |
| Ethikkommission  Karl Landsteiner Privatuniversität |

Verpflichtungserklärung für den Umgang mit Patientendaten

Name ………………………………………………………………………………………………………

(Matrikelnummer) ……………..……………………………………………………………………………

Title ………………………………………………………………………………………………………

(Betreuer) ………………………………………………………………………………………………………

Klinik/ Abteilung …………………………………………………………………………………………..

Verpflichtungserklärung für Umgang mit Patientendaten

Ich, (Name, Titel), verpflichte mich, Patientendaten, zu denen ich im Rahmen meiner Studie Zugang erhalte, geheim zu halten und keinesfalls an Personen weiterzugeben, die nicht in die Erstellung meiner Studie involviert sind. Die Daten werden ausschließlich anonymisiert in meiner Arbeit wiedergegeben. Eine nachträgliche Identifizierung einzelner Personen aus meiner Arbeit wird somit nicht möglich sein.

Datum und Unterschrift