

Interessensbekundung für eine Behandlung mit THS

Hiermit bestätige ich _____ (Name, Vorname),
dass ich mich für die Behandlung mit THS im Rahmen einer zukünftigen Studie
Interessiere.

Ich bestätige zudem, dass ich mit der Aufbewahrung der unten aufgeführten
Informationen, zum Zwecke der späteren Kontaktaufnahme, durch die Abteilung für
Interventionelle Biologische Psychiatrie der Uniklinik Freiburg einverstanden bin.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____