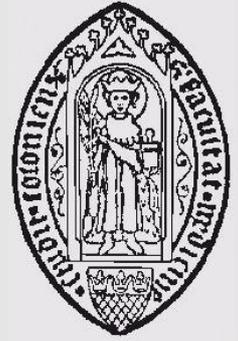


# Medizinische Fakultät

der Universität zu Köln  
Schwerpunkt Allgemeinmedizin  
am Zentrum für Versorgungsforschung



## Vereinbarungserklärung „StudiPat“

Sehr geehrte Kollegin,  
sehr geehrter Kollege,

aus juristischen, formalen und organisatorischen Gründen bitten wir Sie, mit Ihrer Unterschrift unter dieses Schreiben Folgendes zu bestätigen (dieses Schreiben wird anschließend von den Studierenden im Studiendekanat der Medizinischen Fakultät abgegeben):

Ich bin bereit, dem/der Studierenden der Universität zu Köln

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

während der kommenden 4 Jahre die Gelegenheit zu geben, in meiner Praxis den Krankheits- und Behandlungsverlauf eines von mir ausgewählten, informierten und kooperativen Patienten unter meiner Supervision miterleben und dokumentieren zu lassen.

Ich versichere, daß ich den entsprechenden Patienten ausreichend über das Prozedere informiert habe und mir eine schriftliche Einverständniserklärung seinerseits vorliegt.

Praxisstempel:

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### LEITUNG

Dr. med.  
J. W. Robertz  
TEL.: 02271 – 79 95 00

Dr. med.  
A.W. Bödecker  
Tel.:02262 – 90 25

### BÜROLEITUNG

Dagmar Comberg  
Studiendekanat  
Robert Koch Str. 10  
D-50924 Köln / Lindenthal

TEL.: 0221-478 58 20  
Fax: 0221-478 66 25

E-mail:  
Am-Schwerpunkt@  
medizin.uni-koeln.de