

**Bitte per Post zurücksenden an:**

LAM Selbsthilfe Deutschland e.V.  
Genthiner Str. 48  
10785 Berlin

## Zustimmungserklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_,  
Vorname Name

dass ich damit einverstanden bin, dass der LAM Selbsthilfe Deutschland e.V. die folgenden Kontaktdaten an das Institut für Lungenforschung (ILF) weitergeben darf. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mich das ILF bezüglich der Erstellung des Patientenregisters kontaktieren und mir alle notwendigen Informationen zukommen lassen darf.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift