



Studien-ID: -

ZENTRUM FÜR INNERE MEDIZIN

Klinik für Innere Medizin III

Hämatologie, Onkologie,
Palliativmedizin, Rheumatologie und
Infektionskrankheiten

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. H. Döhner
Albert-Einstein-Allee 23
D-89081 Ulm

Prüfärztin

PD. Dr. Verena Gaidzik
Tel: 0731 - 500 - 45753

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Krankheitslast und Versorgungssituation bei Sarkompatienten

Ich erkläre mich bereit an der o.g. Studie teilzunehmen. Ich bin ausführlich und verständlich über Inhalte, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet, ich kann jederzeit neue Fragen stellen.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Mir ist bekannt, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

Ein Exemplar der „Informationen zur Studie - Krankheitslast und Versorgungssituation bei Sarkomenpatienten“ und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung verbleibt bei mir.

Ich habe verstanden und willige ein, dass meine studienbezogenen (Gesundheits-) Daten pseudonymisiert (d.h. kodiert ohne Angabe von Namen, Anschrift oder Ähnliches) erhoben und auf Datenträgern gespeichert werden.

Personendaten werden nicht an Dritte weiter gegeben. Die Veröffentlichung in wissenschaftlichen Zeitschriften erfolgt ausschließlich in anonymer Form, d.h. die Ergebnisse können meiner Person nicht zugeordnet werden. Die personenbezogenen Daten werden nach spätestens 10 Jahren endgültig gelöscht.

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und in verschlüsselter Form (ohne Namens- und Initialiennennung) an die Studienzentrale zur wissenschaftlichen Auswertung weitergegeben werden.

Außerdem willige ich ein, dass ein autorisierter und zur Verschwiegenheit verpflichteter Beauftragter des Auftraggebers und der Ethikkommission in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Prüfarzt von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich willige ein, an der Studie teilzunehmen.

.....
Name des Teilnehmenden in Druckbuchstaben

.....
|_|_|. |_|_|. 20|_|_|
Datum

.....
Unterschrift des Teilnehmenden