

Register Refraktäre Sprue

Einverständniserklärung

zur Aufnahme in das Studienregister „Refraktäre Sprue“ und zur Teilnahme an der Beobachtungsstudie zur Diagnostik und Therapie bei Refraktärer Sprue (RS)

Studienleitung: Dr. M. Schumann, PD Dr. S. Daum, Prof. Dr. B. Siegmund (Charité Berlin) und Dr. M. Weber, Prof. Dr. A. Stallmach (Universitätsklinikum Jena)

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name, Adresse, Geburtsdatum des/der Studienteilnehmer/in

dass ich durch Herrn/Frau Dr.....Name des/der behandelnden Arztes/Ärztin

mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Studienarzt/Studienärztin zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation (Aufklärungsbogen) verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist und eine Nichtteilnahme oder ein Widerruf der Teilnahme keinerlei Nachteile für mich persönlich oder in der Behandlung hat. Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie teilzunehmen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten/ Angaben über meinen Gesundheitszustand verschlüsselt (pseudonymisiert) und auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet verarbeitet und die anonymisierten Studienergebnisse veröffentlicht werden.

Unterschrift des Patienten

Datum

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Arzt/Ärztin, welche(r) die Einwilligung einholt

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Versuchsteilnehmer/in über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Unterschrift

Datum

Name in Druckbuchstaben