

FORMBLATT ZUR EINWILLIGUNGSKLÄRUNG (fakultative Abgabe von Speichelproben)

Titel der Studie

STANDARDISIERTE DATENERFASSUNG FÜR LUNGENKREBSPATIENTEN, DIE MIT KURATIVER PRIMÄRER ODER POSTOPERATIVER RADIOTHERAPIE ODER RADIOCHEMOTHERAPIE BEHANDELT WERDEN

Ich wurde gebeten, an einer klinischen Studie teilzunehmen. Mein behandelnder Arzt hat mir den Zweck dieser Studie erläutert. Er hat mir auch die Verfahren während der Studie erläutert, und was von mir erwartet wird.

Ich habe die Patienteninformation erhalten, gelesen und verstanden. Man hat mich über die Schäden und den möglichen Nutzen einer Teilnahme informiert. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen, und hatte Zeit, über eine Teilnahme nachzudenken.

Ich habe verstanden, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist. Ich bin mir auch bewusst, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie jederzeit widerrufen kann. Wenn ich über die Ergebnisse der Speichelanalyse informiert werden möchte, kann ich meinen behandelnden Arzt bitten, mir die Ergebnisse mitzuteilen. Ich bin mir bewusst, dass es unter Umständen mehrere Jahre dauert, bis diese Analysen durchgeführt werden, und dass diese Resultate für meine Behandlung oder Behandlungsergebnisse wahrscheinlich keine Konsequenzen haben werden.

Ich weiß, dass ein Widerruf in keiner Weise meine reguläre Behandlung oder medizinische Betreuung in dieser Einrichtung beeinflussen wird. Auch führt ein solcher Widerruf nicht zu einem Verlust der Leistungen, auf die ich Anspruch habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Speichelprobe, wie in der beiliegenden Patienteninformation beschrieben, für diese Studie benutzt wird. Ich habe verstanden, dass alle persönlichen Daten streng vertraulich und in Übereinstimmung mit den nationalen Rechtsvorschriften bewahrt, verarbeitet und analysiert werden.

Ich weiß, dass mein Hausarzt über meine Teilnahme an der Studie in Kenntnis gesetzt wird.

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig an der oben genannten klinischen Studie teilnehme und dass ich aus diesem Grunde eine Speichelprobe abgebe, die für weitere Forschung aufbewahrt wird.

Name des Patienten:

.....

Unterschrift:

.....

Geboren am:

.....

Datum:

.....

Ich (Unterzeichner) bestätige, dass ich dem Patienten den Zweck, das Verfahren und die Risiken der Studie erläutert habe, dass der Patient Gelegenheit hatte, Fragen über die Studie zu stellen, dass ich alle Fragen, die der Patient gestellt hat, korrekt und nach bestem Wissen und Können beantwortet habe, und dass der Patient diese Information verstanden hat. Ich bestätige, dass der Patient nicht zur Einwilligung gezwungen wurde, und dass die Einwilligung aus freiem Entschluss erfolgte.

Name des behandelnden Arztes:

.....

Unterschrift:

.....

Datum:

.....

FORMBLATT ZUR EINWILLIGUNGSKLÄRUNG (fakultative Abgabe von Speichelproben)

Titel der Studie

STANDARDISIERTE DATENERFASSUNG FÜR LUNGENKREBSPATIENTEN, DIE MIT KURATIVER PRIMÄRER ODER POSTOPERATIVER RADIOTHERAPIE ODER RADIOCHEMOTHERAPIE BEHANDELT WERDEN

Ich wurde gebeten, an einer klinischen Studie teilzunehmen. Mein behandelnder Arzt hat mir den Zweck dieser Studie erläutert. Er hat mir auch die Verfahren während der Studie erläutert, und was von mir erwartet wird.

Ich habe die Patienteninformation erhalten, gelesen und verstanden. Man hat mich über die Schäden und den möglichen Nutzen einer Teilnahme informiert. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen, und hatte Zeit, über eine Teilnahme nachzudenken.

Ich habe verstanden, dass die Teilnahme an der Studie freiwillig ist. Ich bin mir auch bewusst, dass ich meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie jederzeit widerrufen kann. Wenn ich über die Ergebnisse der Speichelanalyse informiert werden möchte, kann ich meinen behandelnden Arzt bitten, mir die Ergebnisse mitzuteilen. Ich bin mir bewusst, dass es unter Umständen mehrere Jahre dauert, bis diese Analysen durchgeführt werden, und dass diese Resultate für meine Behandlung oder Behandlungsergebnisse wahrscheinlich keine Konsequenzen haben werden.

Ich weiß, dass ein Widerruf in keiner Weise meine reguläre Behandlung oder medizinische Betreuung in dieser Einrichtung beeinflussen wird. Auch führt ein solcher Widerruf nicht zu einem Verlust der Leistungen, auf die ich Anspruch habe.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Speichelprobe, wie in der beiliegenden Patienteninformation beschrieben, für diese Studie benutzt wird. Ich habe verstanden, dass alle persönlichen Daten streng vertraulich und in Übereinstimmung mit den nationalen Rechtsvorschriften bewahrt, verarbeitet und analysiert werden.

Ich weiß, dass mein Hausarzt über meine Teilnahme an der Studie in Kenntnis gesetzt wird.

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig an der oben genannten klinischen Studie teilnehme und dass ich aus diesem Grunde eine Speichelprobe abgebe, die für weitere Forschung aufbewahrt wird.

Name des Patienten:

.....

Unterschrift:

.....

Geboren am:

.....

Datum:

.....

Ich (Unterzeichner) bestätige, dass ich dem Patienten den Zweck, das Verfahren und die Risiken der Studie erläutert habe, dass der Patient Gelegenheit hatte, Fragen über die Studie zu stellen, dass ich alle Fragen, die der Patient gestellt hat, korrekt und nach bestem Wissen und Können beantwortet habe, und dass der Patient diese Information verstanden hat. Ich bestätige, dass der Patient nicht zur Einwilligung gezwungen wurde, und dass die Einwilligung aus freiem Entschluss erfolgte.

Name des behandelnden Arztes:

.....

Unterschrift:

.....

Datum:

.....