

FORMBLATT ZUR EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Datenerfassung)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 jederzeit meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie widerrufen kann, und dass dies in keiner Weise meine reguläre Behandlung oder medizinische Betreuung in dieser Einrichtung beeinflussen wird. Auch führt ein solcher Widerruf nicht zu einem Verlust von Leistungen, auf die ich Anspruch habe.

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

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

Ich erkläre, dass ich freiwillig an der oben genannten klinischen Studie teilnehme.

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 EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Datenerfassung)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 jederzeit meine Einwilligung zur Teilnahme an dieser Studie widerrufen kann, und dass dies in keiner Weise meine reguläre Behandlung oder medizinische Betreuung in dieser Einrichtung beeinflussen wird. Auch führt ein solcher Widerruf nicht zu einem Verlust von Leistungen, auf die ich Anspruch habe.

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

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

Ich erkläre, dass ich freiwillig an der oben genannten klinischen Studie teilnehme.

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:

.....