

Universitätsklinikum Würzburg, Comprehensive Cancer Center Mainfranken
Arbeitsgruppe Personalisierte Medizin/Molekulares Tumorboard
Haus C 16, Josef-Schneider-Str. 6
D-97080 Würzburg

Phone: (+49) 931 201 35889

Fax: (+49) 931 201 60 35889

E-Mail: mtb@ukw.de

Einwilligungserklärung

Prospektive Beobachtungsstudie molekulares Tumorboard des Comprehensive Cancer Center Mainfranken des Universitätsklinikums Würzburg

Name des Patienten in Druckbuchstaben:

- Ich bin von Herrn / Frau _____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patientenaufklärung und dieser Einwilligungserklärung gelesen.
- Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden mir vom aufklärenden Arzt beantwortet.
- Ich weiß, dass ich meine freiwillige Mitwirkung jederzeit beenden kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern beim Universitätsklinikum Würzburg, Comprehensive Cancer Center Mainfranken aufgezeichnet werden. Zu diesem Zweck entbinde ich die mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben und meine personenbezogenen Daten werden unverzüglich gelöscht.

3. Ich willige ein, dass die Daten nach Beendigung oder Abbruch der klinischen Prüfung für 5 Jahre aufbewahrt werden.

4. Optional (Bitte ankreuzen):

Ich willige ein, Fragebögen zur Lebensqualität auszufüllen. Dazu darf das Studienpersonal ggf. telefonisch oder per Post mit mir Kontakt aufnehmen.

Ich willige NICHT ein, Fragebögen zur Lebensqualität auszufüllen.

Kontaktdaten des behandelnden Arztes:

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Adresse)

(Telefon/Fax)

Ich willige in die Verarbeitung der genannten Daten ein.

Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Datum)

(Unterschrift)

Erklärung und Unterschrift des aufklärenden Arztes/der aufklärenden Ärztin

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung eingeholt.

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Datum)

(Unterschrift)