

Zustimmung – Patientin/Patient

Zustimmung zur Nutzung meiner Patientendaten und Krankenkassendaten für die medizinische Forschung

Ich habe die Patienteninformation gelesen und alle meine Fragen dazu wurden ausreichend beantwortet.

Mir ist klar, dass ich jederzeit sagen kann, dass ich nicht mehr teilnehmen möchte, ohne dass mir oder meinen Eltern dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

1. Ich stimme zu, dass meine Patientendaten zu medizinischen Forschungszwecken gespeichert und genutzt werden dürfen.

☐ ja ☐ nein

2. Ich stimme zu, dass meine Patientendaten an Länder außerhalb der Europäischen Union weitergegeben werden dürfen, auch wenn diese Länder kein angemessenes Datenschutzniveau haben.

☐ ja ☐ nein

3. Ich stimme zu, dass meine Krankenkassendaten zu medizinischen Forschungszwecken an Forscher weitergegeben und wissenschaftlich genutzt werden dürfen.

☐ ja ☐ nein

4. Ich stimme zu, dass meine Bioproben zu medizinischen Forschungszwecken gelagert und genutzt werden dürfen.

Entfällt

5. Ich stimme zu, dass kleine Mengen zusätzliche Bioproben (z.B. Blut) innerhalb der erlaubten Grenzen abgenommen werden dürfen, allerdings nur, wenn für meine Behandlung sowieso Bioproben gewonnen werden müssen. Dafür wird kein zusätzlicher Nadelstich nötig sein.

Entfällt

6. Ich stimme zu, dass meine Bioproben an Länder außerhalb der Europäischen Union weitergegeben werden dürfen, auch wenn diese Länder kein angemessenes Datenschutzniveau haben.

Entfällt

7. Ich stimme zu, dass ich kontaktiert werden darf, um zu neuen Studien eingeladen zu werden.

☐ ja ☐ nein

Patientenaufkleber

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG – FÜR IHRE UNTERLAGEN

Eine Kopie der Patienteninformation und der unterschriebenen Zustimmungserklärung werde ich erhalten. Das Original verbleibt beim Universitätsklinikum Bonn.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Ort, Datum (vom Patienten einzutragen, optional), Unterschrift des Patienten

Die minderjährige Person wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über die Nutzung der Patientendaten und Krankenkassendaten sowie die damit verbundenen Risiken informiert. Ein Exemplar der Patienteninformation und der Zustimmungserklärung habe ich der minderjährigen Person ausgehändigt.

Ort, Datum

Vor- und Nachname Mitarbeiter*in
(Druckbuchstaben)

Unterschrift Mitarbeiter*in

Patientenaufkleber

ZUSTIMMUNGSERLÄUTERUNG – FÜR IHRE UNTERLAGEN