

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Archivierung und wissenschaftlichen Aufarbeitung von Blut und Tumorgewebe

Sehr geehrte(r) Patient(in)!

Sie leiden an einer Erkrankung bei der ein oder mehrere Knoten im Magen-/Darmtrakt vermehrt Hormone oder Hormonvorstufen in die Blutbahn ausschütten. Durch eine endoskopische Abtragung oder eine Operation soll versucht werden, diese unkontrollierte Freisetzung von Hormonen und Hormonvorstufen zu behandeln. Dies wird nach dem aktuellen medizinischen Wissensstand durchgeführt.

Viele Punkte zur Knotenentstehung, zur Hormonproduktion und Hormonausschüttung sind bereits bekannt. Manche Details aber unbekannt. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, Blut und Tumorgewebe zur weiteren wissenschaftlichen Untersuchungen zur Verfügung zu stellen. Die Untersuchungen haben das Ziel, ein besseres Verständnis der seltenen Erkrankung zu gewinnen und können somit zur Entwicklung neuer Therapieansätze in Zukunft beitragen.

Die Ausarbeitung und klinische Anwendung der durch Untersuchung von Blut und Knotengewebe gewonnenen Erkenntnisse, können somit für Patienten, die an einer ähnlichen Erkrankung leiden von Vorteil sein.

Alle im Rahmen der Untersuchung gewonnen Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Fallweise wird es notwendig sein, aus Ihrem Blut auch Erbfaktoren zu untersuchen, die zur Neubildung der bei Ihnen gefundenen von Knoten führen können. Auch dazu möchten wir Sie bitten, Ihr Einverständnis zu geben. Zur Blutarchivierung werden ca. 5 ml Venenblut abgenommen und archiviert.

Sollten Sie die Untersuchungen des von Ihnen entnommenen Bluts und Gewebes bzw. die Bestimmung von Erbfaktoren ablehnen, hat dies auf Ihre Behandlung keinen Einfluss.

- Ja, ich erkläre mich mit der wissenschaftlichen Aufarbeitung des gewonnen Materials (Blut, Tumorgewebe) einverstanden.
- Ja, ich erkläre mich bereit die Erbfaktoruntersuchung aus wissenschaftlichen Gründen durchführen zu lassen.
- Nein, ich lehne die wissenschaftliche Aufarbeitung des gewonnen Materials ab.
- Nein, ich lehne die Erbfaktoruntersuchung ab.

Name des Patienten

Unterschrift

Datum

Verantwortlicher Arzt

Unterschrift

Datum