
EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Zustimmung zur prospektiven Datenerfassung der Fallsammlung „Neuroendokrine Tumore des Gastrointestinaltrakts“

Ich (Name/Vorname) _____

geboren (Datum) _____

erkläre mich damit einverstanden, dass meine krankheitsbezogenen Daten in anonymisierter Weise in das **Tumorregister Neuroendokrine Tumore der Medizinischen Universität, des nationalen Österreich- sowie des Europaregisters** eingehen. Über Inhalt, Vorgehensweise und Ziel der geplanten Datensammlung bin ich von

Dr. _____ aufgeklärt worden.

Ich wurde über die Art der gespeicherten Daten und die Datenschutzmassnahmen aufgeklärt. Für meine Entscheidung zur Teilnahme hatte ich genügend Zeit. Es wurde mir Gelegenheit gegeben, sämtliche Fragen zum Register, zur Datensicherheit und zu Zugangsberechtigungen zu stellen, und ich habe zufrieden stellende Erklärungen und Erläuterungen vom aufklärenden Arzt erhalten.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist, und ich jederzeit ohne Angaben von Gründen meine Einwilligung widerrufen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile für meine weitere Behandlung entstehen.

Eine Kopie der Patientenaufklärung und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir erhobenen Daten, außer in meiner Krankenakte, auch auf einem so genannten Dokumentationsbogen festgehalten werden, der anonymisiert abgelegt wird. Die erhobenen Daten werden in anonymisierter Form in einem elektronischen Datenverwaltungssystem gespeichert, um so der wissenschaftlichen Auswertung zur Verfügung zu stehen. Auch bin ich damit einverstanden, dass ein Beauftragter des Projektleiters zusammen mit meinem Arzt kontrolliert, ob die erfassten Daten und Prüfbogen übereinstimmen.

Ebenso erkläre ich mich damit einverstanden, dass die erhobenen Krankendaten an die zuständige Überwachungsbehörde oder die Ethikkommission weitergegeben und die Ergebnisse in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden können. Mir wurde versichert, dass die Belange der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes gewährleistet sind.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich habe heute Frau/Herrn _____
über den Ablauf der Untersuchungen sowie die Behandlungsweise im obigen Sinne
aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des betreuenden Arztes

Klinikstempel