



CharitéCentrum für Innere Medizin mit Gastroenterologie und Nephrologie

Charité | Campus Benjamin Franklin | 12203 Berlin

Medizinische Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie

Direktorin Univ.-Prof. Dr. med. Britta Siegmund

Chefartzsekretariat Tel 030 / 450 514 322, -342
Privatambulanz Fax 030 / 450 514 990

Stationäre Anmeldung/
Leitender Oberarzt Tel 0162 2451578

Ambulanzen:
Gastroenterologie/Hepato-logie/ Infektiologie Tel 030 / 8445 4603
Rheumatologie Tel 030 / 8445 2660

Endoskopie Tel 030 / 8445 2627
Fax 030 / 8445 4673

Berlin, den 06.12.2016

Epidemiologie hereditärer Magenkarzinome im Raum Berlin

Patienteneinverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Frau/Herr _____, geb. am

Pat.-Nummer:

dass ich durch Frau/Herrn Dr. _____,

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Med. Klinik I – Gastroenterologie, Infektiologie, Rheumatologie, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin, mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der Studie „Epidemiologie hereditärer Magenkarzinome im Raum Berlin (EpihiB)“, die von der wissenschaftlichen Einrichtung Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Medizinische Klinik I, Gastroenterologie und anderen beteiligten Berliner Krankenhäusern und Schwerpunktpraxen durchgeführt wird, informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Prüfarzt/in zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation vom 06. Dezember 2016 verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie teilzunehmen.

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben durch den Studienarzt erhoben, pseudonymisiert, auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Berlin, den _____._____.20__

Unterschrift des/der Patienten/in

Berlin, den ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters /Betreuers /Zeugen

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Patienten/in am _____._____.20__ über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Berlin, den _____._____.20__

Unterschrift des/der aufklärenden Prüfarztes/-ärztin