## PatientInneninformation[[1]](#footnote-1) und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der klinischen Prüfung

### ................................................................................................................... *(Vollständiger Titel der klinischen Prüfung in deutscher Sprache)*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir laden Sie ein an der oben genannten klinischen Prüfung teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen ärztlichen Gespräch.

**Ihre Teilnahme an dieser klinischen Prüfung erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Ihre medizinische Betreuung.**

Klinische Prüfungen sind notwendig, um verlässliche neue medizinische Forschungsergebnisse zu gewinnen. Unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung einer klinischen Prüfung ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme an dieser klinischen Prüfung schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch mit Ihrem Prüfarzt sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur

* wenn Sie Art und Ablauf der klinischen Prüfung vollständig verstanden haben,
* wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
* wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an dieser klinischen Prüfung im Klaren sind.

Zu dieser klinischen Prüfung, sowie zur Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

# 1. Was ist der Zweck der klinischen Prüfung?

Der Zweck dieser klinischen Prüfung ist ...... *(den Studienzweck wie im Prüfplan angegeben – laienverständlich – beschreiben; bei mehreren Zielsetzungen sollten diese in der Rangfolge ihrer Bedeutung für die Klinische Prüfung aufgeführt werden.)*

# 2. Welche anderen Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Zur Behandlung Ihrer Erkrankung stehen **stattdessen auch** die folgenden Möglichkeiten zur Verfügung: ...... *(andere Behandlungsformen beschreiben)*

# 3. Wie läuft die klinische Prüfung ab?

Diese klinische Prüfung wird an unserer Klinik/mehreren Orten *(nicht Zutreffendes entfernen)* durchgeführt, und es werden insgesamt ungefähr NNN Personen daran teilnehmen. *(Die Anzahl der insgesamt in diese klinische Prüfung einzuschließenden Patienten muss angegeben sein.)*

Vor Aufnahme in diese klinische Prüfung wird die Vorgeschichte Ihrer Krankheit erhoben, und Sie werden einer umfassenden ärztlichen Untersuchung unterzogen.

Ihre Teilnahme an dieser klinischen Prüfung wird voraussichtlich NNWochen dauern.

*(Falls die klinische Prüfung randomisiert oder verblindet durchgeführt wird, erklären Sie hier die Begriffe.)*

*(z.B. Placebokontrollierte Studien:)*

Im Rahmen dieser klinischen Prüfung wird XXXX mit einem so genannten Placebo verglichen. Bei einem Placebo handelt es sich um eine identisch aussehende ...... *(z.B. Tablette oder Kapsel)*, die jedoch keinen Wirkstoff enthält. Welche der Behandlungen Sie erhalten ist zufallsbedingt. Die Wahrscheinlichkeit ein Placebo zu erhalten, beträgt ...... % / *(oder)* steht im Verhältnis ...... *(z.B. 2 zu 1).*

Sie werden entweder XXXX oder Placebo erhalten. Sie und ...... (*Ihr Prüfarzt*) wissen nicht, welches Medikament Sie einnehmen. Sollte es aber notwendig werden, kann Ihr Prüfarzt jederzeit in Erfahrung bringen, ob Sie das Medikament oder Placebo erhalten haben.

Eine Reihe von Untersuchungen und Eingriffen werden im Zuge Ihrer Behandlung durchgeführt, gleichgültig, ob Sie nun an dieser klinischen Prüfung teilnehmen oder nicht. Diese werden von Ihrem Prüfarzt im Rahmen des üblichen ärztlichen Aufklärungs­gespräches mit Ihnen besprochen.

Folgende Maßnahmen werden ausschließlich aus Studiengründen durchgeführt:

Während dieser klinischen Prüfung werden im Abstand von NN ......(*Tagen, Wochen*) die folgenden Untersuchungen durchgeführt: ...... (*Blutproben entnommen; Röntgen­aufnahmen gemacht; Blutdruck gemessen; etc.*). Sie werden gebeten, hierzu jeweils in ...... (*das Krankenhaus, die Klinik, die Praxis*) zu kommen. Insgesamt sind NN Besuche notwendig. Die Einhaltung der Besuchstermine, einschließlich der Anweisungen des Prüfarztes ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg dieser klinischen Prüfung.

*HINWEIS: Alle Maßnahmen, die experimentellen Charakter haben, müssen als experimentell beschrieben werden.*

# 4. Was ist ...... *(Bezeichnung des Prüfmedikamentes bzw. Medizinproduktes)*?

*(z.B. Nichtkontrollierte Verträglichkeitsstudie eines Arzneimittels:)*

XXXX ist ein Arzneimittel, welches sich in klinischer Erprobung befindet und noch nicht zugelassen ist. Dieses Medikament wird gegenwärtig bei der Behandlung von ...... *(Beschreibung der zu behandelnden Erkrankung in für den Patienten verständlichen Begriffen)* untersucht. Es wurde bisher bei über NNN Patienten angewendet.

Die Dosis von XXXX beträgt YYY ..... *(z.B. mg pro Tag)*, und Sie müssen das Medikament N-mal täglich einnehmen.

*ODER*

*(z.B. Kontrollierte Arzneimittelstudie:)*

XXXX ist ein Arzneimittel, welches sich in klinischer Erprobung befindet. Dieses Medikament wird gegenwärtig bei der Behandlung von ...... *(Beschreibung der zu behandelnden Erkrankung in für den Patienten verständlichen Begriffen)* untersucht.

Im Rahmen dieser klinischen Prüfung wird XXXX mit WWWW *(Name des Vergleichs­präparates)* verglichen, einem bereits für die Behandlung von ...... *(zu behandelnde Erkrankung)* zugelassenem Arzneimittel. Sie werden entweder XXXX oder WWWW erhalten. Sie und Ihr Prüfarzt wissen nicht, welches Medikament Sie einnehmen. Sollte es aber notwendig werden, kann Ihr Prüfarzt jederzeit in Erfahrung bringen, welches Medikament Sie erhalten haben.

Die Dosis von XXXX beträgt YYY mg pro Tag, und Sie müssen das Medikament N-mal täglich einnehmen. Die Dosis von WWWW beträgt ZZZ mg täglich, und Sie müssen das Medikament M-mal täglich einnehmen.

*(Hier sollen spezielle Anweisungen zur Einnahme der Medikamente eingefügt werden.)*

Medikamente, welche Sie im Verlauf dieser klinischen Prüfung bekommen, sind nicht so abgepackt, dass sie gegen den Zugriff von Kindern geschützt sind. Sie sollten daher diese Arzneimittel so aufbewahren, dass sie dem Zugriff von Kindern oder anderen Personen, die die möglichen Risiken von Arzneimitteln nicht einschätzen können, entzogen sind.

*ODER*

*(z.B. Medizinproduktstudie:)*

XXXX ist ein Medizinprodukt, welches sich in klinischer Erprobung befindet und noch nicht zugelassen ist. Dieses Medizinprodukt wird gegenwärtig bei der Behandlung von ...... *(Beschreibung der zu behandelnden Erkrankung in für den Patienten verständlichen Begriffen)* untersucht. Es wurde bisher bei über NNN Patienten angewendet.

# 5. Worin liegt der Nutzen einer Teilnahme an der Klinischen Prüfung?

Mit der Anwendung von ...... (*Prüfpräparat bzw. Medizinprodukt*) kann möglicherweise Ihre ...... (*zu behandelnde Erkrankung*) geheilt, oder können Ihre Beschwerden gebessert werden. Es ist jedoch auch möglich, dass Sie durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Prüfung keinen direkten Nutzen für Ihre Gesundheit ziehen. (*Bitte listen Sie an dieser Stelle alle potentiellen Nutzen für die betreffenden Patienten auf.)*

*ODER*

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus Ihrer Teilnahme an dieser klinischen Prüfung gesund­heitlichen Nutzen ziehen werden.

Die Ergebnisse dieser klinischen Prüfung sollen dazu beitragen, dass für andere Patienten, die dieselbe Erkrankung haben wie Sie, eine Behandlung gefunden wird.

(*Beschreiben Sie an dieser Stelle den Erkenntnisgewinn für die medizinische Wissenschaft und spätere Patienten.)*

# 6. Gibt es Risiken, Beschwerden und Begleiterscheinungen?

*HINWEIS: In diesem Abschnitt müssen bekannte Risiken, mögliche Beschwerden und unerwünschte Wirkungen des Prüfmedikaments, sowie der Vergleichspräparate beschrieben werden. Darüber hinaus muss auf mögliche Risiken im Zusammenhang mit durch die Prüfung bedingten Maßnahmen hingewiesen werden.*

Die Behandlung mit XXXX *(Prüfpräparat)* kann zu Nebenwirkungen oder Beschwerden führen. Die bislang beobachteten Nebenwirkungen und Beschwerden umfassen ...... *(die Nebenwirkungen und Beschwerden müssen in für den Patienten verständlichen Begriffen sowie in ungefährer Häufigkeit des Auftretens angegeben werden)*. Wie mit jeder neuen Substanz können auch bei der Anwendung von XXXX *(Prüfpräparat)* neue, bisher unbekannte Nebenwirkungen auftreten.

Darüber hinaus können die im Rahmen dieser klinischen Prüfung durchgeführten Maßnahmen zu Beschwerden führen *(z.B. Schmerzen bei der Blutentnahme)* oder sogar mit Risiken behaftet sein *(z.B. Kontrastmittelallergie)*.

# 7. Zusätzliche Einnahme von Arzneimitteln?

*(Sofern für den Patienten im Zusammenhang seiner Teilnahme an der klinischen Prüfung spezielle Vorschriften für die Einnahme anderer Arzneimittel bestehen, müssen diese spezifiziert werden.)*

# 8. Hat die Teilnahme an der klinischen Prüfung sonstige Auswirkungen auf die Lebensführung und welche Verpflichtungen ergeben sich daraus?

*(Dieser Abschnitt kann entfallen, wenn die Teilnahme an dieser klinischen Prüfung keine Auswirkungen auf die Lebensführung des Patienten hat.)*

*Beispiele: - zusätzlicher Klinikaufenthalt (Dauer!)  
- Diätvorschriften (z.B. Alkoholkonsum)  
- Führen von Kraftfahrzeugen / Bedienung von Maschinen  
- andere zu vermeidende Behandlungsmaßnahmen*

*(Die Gründe für diese zusätzlichen Forderungen sollten erläutert werden.)*

# 9. Was ist zu tun beim Auftreten von Symptomen, Begleiterscheinungen und/oder Verletzungen?

Sollten im Verlauf der klinischen Prüfung irgendwelche Symptome, Begleiterscheinungen oder Verletzungen auftreten, müssen Sie diese Ihrem Prüfarzt mitteilen, bei schwerwiegenden Begleiterscheinungen umgehend, ggf. telefonisch (Telefonnummern, etc. siehe unten).

# 10. Versicherung

Als Teilnehmer an dieser klinischen Prüfung besteht für Sie der gesetzlich vorgeschriebene verschuldensunabhängige Versicherungsschutz (Personenschadenversicherunggemäß § 32 Arzneimittelgesetz/§ 47 Medizinproduktegesetz *(nicht Zutreffendes entfernen),* der alle Schäden abdeckt, die an Ihrem Leben oder Ihrer Gesundheit durch die an Ihnen durchgeführten Maßnahmen der klinischen Prüfung verursacht werden können, mit Ausnahme von Schäden auf Grund von Veränderungen des Erbmaterials in Zellen der Keimbahn.

Die Versicherung wurde für Sie bei der ...... *(Versicherungsgesellschaft, Adresse, Telefonnummer)* unter der Polizzennummer ...... abgeschlossen. Auf Wunsch können Sie in die Versicherungsunterlagen Einsicht nehmen.

Im Schadensfall können Sie sich direkt an den Versicherer wenden und Ihre Ansprüche selbständig geltend machen. Für den Versicherungsvertrag ist österreichisches Recht anwendbar, die Versicherungsansprüche sind in Österreich einklagbar.

Zur Unterstützung können Sie sich auch an die Patientenanwaltschaft, Patientenvertretung oder Patientenombudsschaft wenden.

Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden

* dürfen Sie sich während der Dauer der klinischen Prüfung einer anderen medizinischen Behandlung nur im Einvernehmen mit Ihrem behandelnden Prüfarzt unterziehen **(ausgenommen davon sind Notfälle).** Dies gilt auch für die zusätzliche Einnahme von Medikamenten oder die Teilnahme an einer anderen Studie.
* müssen Sie dem behandelnden Prüfarzt - oder der oben genannten Versicherungs­gesellschaft - eine Gesundheitsschädigung, die als Folge der klinischen Prüfung eingetreten sein könnte, unverzüglich mitteilen.
* müssen Sie alles Zumutbare tun um Ursache, Hergang und Folgen des Versicherungs­falles aufzuklären und den entstandenen Schaden gering zu halten. Dazu gehört ggf. auch, dass Sie Ihre behandelnden Ärzte ermächtigen, vom Versicherer geforderte Auskünfte zu erteilen.
* ...... *(Bitte listen Sie allfällige weitere Obliegenheiten auf.)*

(*Für klinische Prüfungen, an denen möglicherweise gebärfähige Frauen teilnehmen, müssen die folgenden Absätze eingefügt werden:)*

# 11. Informationen für gebärfähige Frauen – Schwangerschaftstest

Schwangere und stillende Frauen dürfen an dieser klinischen Prüfung NICHT teilnehmen *(sofern in diesem Fall nicht anders gelagert).*

*ODER*

Als gebärfähige Frau dürfen Sie an der klinischen Prüfung nur teilnehmen,

* wenn ein Arzt vor (*bei länger dauernden Studien:)* und einmal monatlich während der klinischen Prüfung das Nichtvorliegen einer Schwangerschaft (Schwangerschaftstest) feststellt. Es wird Ihnen weiters die Durchführung eines Schwangerschaftstests nach Abschluss der Studie empfohlen.

*(Bitte spezifizieren Sie die Obliegenheiten bezüglich Empfängnisverhütung, z.B.:)*

* wenn Sie sich verpflichten während der Dauer eine zuverlässige Art der Empfängnis­verhütung (Pille, Spirale) zu praktizieren.

Sollten Sie dennoch während der klinischen Prüfung schwanger werden oder den Verdacht haben, dass Sie schwanger geworden sind, informieren Sie bitte umgehend Ihren Prüfarzt.

*(Bitte beschreiben Sie hier das erforderliche Vorgehen bei Eintritt einer Schwangerschaft.)*

*Für den Fall, dass in der Studie ein Arzneimittel zur Anwendung kommt, bei dem eine Fruchtschädigung durch Übertragung von Wirkstoffen über die Samenflüssigkeit nicht ausgeschlossen werden kann, ist auch für* ***zeugungsfähige männliche Studienteilnehmer*** *eine entsprechende Information vorzusehen. Diese soll beinhalten:*

* *Hinweis auf die mögliche Fruchtschädigung*
* *Aufforderung, die Partnerin darüber zu informieren*
* *Verpflichtung, für eine sichere Empfängnisverhütung zu sorgen (bis 3 Monate nach der letzten Einnahme des btr. Arzneimittels, um sicher zu gehen, dass alle während der Behandlung produzierten Samenzellen durch neu gebildete ersetzt wurden).*

*Die Überschrift des Punktes 11 ist in diesem Fall zu ändern in:*

***"Informationen für gebärfähige Frauen und zeugungsfähige Männer – Schwanger­schaftstest"***

# 12. Wann wird die klinische Prüfung vorzeitig beendet?

Sie können jederzeit auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft wider­rufen und aus der klinischen Prüfung ausscheiden ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile für Ihre weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ihr Prüfarzt wird Sie über alle neuen Erkenntnisse, die in Bezug auf diese klinische Prüfung bekannt werden, und für Sie wesentlich werden könnten, umgehend informieren. Auf dieser Basis können Sie dann Ihre Entscheidung zur **weiteren** Teilnahme an dieser klinischen Prüfung neu überdenken.

Es ist aber auch möglich, dass Ihr Prüfarzt (oder gegebenenfalls der Auftraggeber dieser klinischen Prüfung) entscheidet, Ihre Teilnahme an der klinischen Prüfung vorzeitig zu beenden, ohne vorher Ihr Einverständnis einzuholen. Die Gründe hierfür können sein:

1. Sie können den Erfordernissen der Klinischen Prüfung nicht entsprechen;
2. Ihr Prüfarzt hat den Eindruck, dass eine weitere Teilnahme an der klinischen Prüfung nicht in Ihrem Interesse ist;
3. der Auftraggeber trifft die Entscheidung, die gesamte klinische Prüfung abzubrechen, oder lediglich Ihre Teilnahme vorzeitig zu beenden.

Sofern Sie sich dazu entschließen, vorzeitig aus der klinischen Prüfung auszuscheiden, oder Ihre Teilnahme aus einem der oben genannten Gründe vorzeitig beendet wird, ist es für Ihre eigene Sicherheit wichtig, dass Sie sich einer normalen Kontrolluntersuchung unterziehen. Diese besteht meistensaus einer körperlichen Untersuchung sowie aus Laboruntersuchungen *(evtl. studienspezifische Angaben ergänzen)*.

# 13. In welcher Weise werden die im Rahmen dieser klinischen Prüfung gesammelten Daten verwendet?

Sofern gesetzlich nicht etwas anderes vorgesehen ist, haben nur die Prüfärzte und deren Mitarbeiter Zugang zu den vertraulichen Daten, in denen Sie namentlich genannt werden („personenbezogene“ Daten). Weiters können Beauftragte von in- und ausländischen Gesundheitsbehörden, der zuständigen Ethikkommission, sowie – wenn zutreffend – des Auftraggebers der klinischen Prüfung Einsicht in diese Daten nehmen, um die Richtigkeit der Aufzeichnungen zu überprüfen. Diese Personen unterliegen einer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Die Weitergabe der Daten im In- und Ausland erfolgt ausschließlich zu statistischen Zwecken in verschlüsselter (nur „indirekt personenbezogener“) oder nicht personen­bezogener („anonymisierter“) Form, das heißt, Sie werden nicht namentlich genannt. Auch in etwaigen Veröffentlichungen der Daten dieser klinischen Prüfung werden Sie nicht namentlich genannt.

Die Prüfärzte und ihre Mitarbeiter unterliegen im Umgang mit den Daten den Bestimmungen des österreichischen Datenschutzgesetzes 2000 in der jeweils geltenden Fassung.

Wenn Sie Ihre Einwilligung zurückziehen und damit Ihre Teilnahme vorzeitig beenden, werden keine neuen Daten mehr über Sie erhoben. Auf Grund gesetzlicher Dokumentationspflichten (Arzneimittel- bzw. Medizinproduktegesetz) kann jedoch weiterhin für einen gesetzlich festgelegten Zeitraum eine Einsichtnahme in Ihre personenbezogenen Daten zu Prüfzwecken durch autorisierte, zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen erfolgen.

# 14. Entstehen für die Teilnehmer Kosten? Gibt es einen Kostenersatz oder eine Vergütung?

Durch Ihre Teilnahme an dieser klinischen Prüfung entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten.

*(Sofern dennoch für den Patienten im Zusammenhang mit seiner Teilnahme an der klinischen Prüfung zusätzliche Kosten entstehen, müssen diese spezifiziert werden.)*

*(Sofern Patienten für ihre Teilnahme an der Prüfung eine Vergütung ‑ z.B. Reisekosten­ersatz ‑ erhalten, ist der folgende Absatz einzufügen:)*

Für Ihre Teilnahme an dieser klinischen Prüfung erhalten Sie eine Vergütung entsprechend der folgenden Bedingungen: ...... *(Es muss genau beschrieben werden, unter welchen Voraussetzungen der Patient zu welchen Zeitpunkten wieviel erhält.)*

**15. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen**

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit dieser klinischen Prüfung stehen Ihnen Ihr Prüfarzt und seine Mitarbeiter gern zur Verfügung. Auch Fragen, die Ihre Rechte als Patient und Teilnehmer an dieser klinischen Prüfung betreffen, werden Ihnen gerne beantwortet. Sobald allgemeine Ergebnisse dieser klinischen Prüfung vorliegen, können Sie ebenfalls darüber informiert werden, falls Sie dieses wünschen.

Name der Kontaktperson: ......................................................................................

Ständig erreichbar unter: ......................................................................................

Name der Kontaktperson: ......................................................................................

Ständig erreichbar unter: ......................................................................................

Name der Kontaktperson: ......................................................................................

Ständig erreichbar unter: ......................................................................................

# 16. Wo kann ich weitere Informationen einholen?

*(Nur für Arzneimittelstudien: Kontaktstelle gemäß § 32 Abs. 1 Z 14 AMG angeben)*

# 17. Sollten andere behandelnde Ärzte von der Teilnahme an der klinischen Prüfung informiert werden?

*(Optional – an dieser Stelle soll beschrieben werden, ob und in welcher Weise der Haus­arzt von der klinischen Prüfung informiert wird.)*

# 18. Aufbewahrung von Proben

*(Optional – an dieser Stelle soll beschrieben werden, ob Proben für Folgeuntersuchungen aufbewahrt und verwendet werden sollen*

Nach dem Ende der Studie möchten wir die übrigen Proben gerne für weitere Forschungsprojekte auf dem Gebiet *(Forschungsgebiet)* verwenden. Für jedes dieser Forschungsprojekte wird zuvor die Zustimmung der Ethikkommission eingeholt. Die Proben werden *(Lagerungsort)* für *(Aufbewahrungszeit)* gelagert. Sie können jederzeit verlangen, dass Ihre Proben vernichtet werden. Verantwortlich für die Lagerung und Vernichtung der Proben ist *(Name oder Funktionsinhaber).*

# 19. Kurzzusammenfassung

*(Wenn das Dokument mehr als 10 Seiten umfasst, ist an dieser Stelle eine Kurzfassung mit den wichtigsten Informationen im Umfang von 1 bis maximal 2 Seiten einzufügen!)*

*(Besonders verständliche Sprache, konsequente Vermeidung von Fremdwörtern, keine wortidenten Wiederholungen des Haupttextes)*

* Um welche Krankheit geht es in der Studie?
* Was ist <z.B. Studienmedikament>?
* Wie vielen Personen (und für welche Krankheiten) ist es schon verabreicht worden?
* Wie viele Personen werden an der Studie teilnehmen?
* Warum bin ich geeignet für eine Teilnahme?
* Was erwartet mich wenn ich teilnehme, wie oft muss ich kommen *(Anzahl der Visi­ten)*, was ändert sich im Vergleich zu meiner vorgesehenen “normalen“ Behand­lung? (*hier auch einen Hinweis auf alternative Behandlungsmöglichkeiten geben*)
* Wie lange dauert die Studie für mich?
* Welche Vorteile habe ich möglicherweise von einer Teilnahme?
* Was sind die Risiken und Unannehmlichkeiten, die damit verbunden sind? (*Hier nur die wichtigsten Nebenwirkungen anführen und für die weiteren auf die entsprechende Seite im Haupttext verweisen*)

# Für die StudienteilnehmerInnen ist eine Versicherung abgeschlossen. Alle persön­lichen Daten werden streng vertraulich behandelt. Die Teilnahme an dieser klini­schen Prüfung erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

**Bitte lesen Sie die gesamte Patienteninformation sorgfältig durch!**

# 20. Einwilligungserklärung

*(Die Einwilligungserklärung muss INTEGRALER Bestandteil des Dokumentes sein!)*

Name des Patienten in Druckbuchstaben: ...........................................................................

Geb.Datum: ............................ Code: ...........................................................................

Ich erkläre mich bereit, an der klinischen Prüfung ...... *(Titel oder Kurztitel)* teilzunehmen.

Ich bin von Herrn/Frau *(Dr.med.)* ...... ausführlich und verständlich über ...... *(Prüfpräparat bzw. Medizinprodukt),* mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung, die bestehende Versicherung sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung, die insgesamt NN Seiten umfasst gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Prüfarzt verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich werde den ärztlichen Anordnungen, die für die Durchführung der klinischen Prüfung erforderlich sind, Folge leisten, behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Beim Umgang der im Rahmen der………..(Bezeichnung der Studie) erhobenen Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000 beachtet. Alle Personen, die auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit Zugang zu diesen Daten haben, sind - unbeschadet anderer gesetzlicher Verpflichtungen - gemäß § 15 DSG 2000 an das Datengeheimnis gebunden.

Nach dem DSG 2000 sind „personenbezogene Daten“ Angaben über Studienteilnehmer/-innen, durch die deren Identität bestimmt oder bestimmbar ist. Unter „indirekt personenbezogenen Daten“ versteht das DSG 2000 Daten, deren Personenbezug derart ist, dass die Identität der Studienteilnehmer/-innen mit rechtlich zulässigen Mitteln nicht ermittelt werden kann.

Ich stimme zu, dass meine im Rahmen und zum Zweck dieser Studie ermittelten personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Alter, Angaben über die Gesundheit,………[alle anführen]) verarbeitet werden und in indirekt personenbezogener (pseudonymisierter bzw. verschlüsselter) Form an ………….. (alle Übermittlungsempfänger angeben) zum Zweck der …… (Übermittlungszwecke anführen) übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden, der Ethikkommissionen und des Auftragsgebers der Prüfung beim Prüfarzt Einblick in die Daten nehmen dürfen.

Mir ist auch bekannt, dass ich meine Zustimmung zur Datenverwendung ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für meine medizinische Behandlung jederzeit widerrufen kann, wobei ein Widerruf grundsätzlich die Unzulässigkeit der weiteren Verwendung der Daten bewirkt, sofern nicht andere gesetzliche Vorschriften oder überwiegende berechtigte Interessen die Datenverwendung weiterhin zulässig machen.

Darüber hinaus bin ich für den Fall, dass ich aus der Studie ausscheide oder die Studie beendet wird, damit einverstanden, dass etwaige Restproben für weitere Forschungsprojekte auf dem Gebiet (Forschungsgebiet) verwendet werden. Für jedes dieser Forschungsprojekte wird zuvor die Zustimmung der Ethikkommission eingeholt. Die Proben werden in indirekt personenbezogener Form ….(Lagerungsort) für …….(Aufbewahrungszeit) gelagert.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit verlangen kann, dass meine Proben vernichtet werden. Verantwortlich für die Lagerung und die Vernichtung der Proben ist (Name oder Funktionsinhaber).

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

......................................................................................................

(Datum und Unterschrift des Patienten)

......................................................................................................

(Datum, Name und Unterschrift des verantwortlichen Prüfarztes)

***(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner des Prüfarztes.)***

1. Wegen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Text zum Teil auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Personenbegriffe verzichtet. Gemeint und angesprochen sind – sofern zutreffend – immer beide Geschlechter. [↑](#footnote-ref-1)