

Einverständniserklärung zur Gewebeentnahme für therapeutische und wissenschaftliche Untersuchungen

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

bei Ihnen wird eine Operation durchgeführt, um einen bösartigen Tumor zu entfernen. Neue Untersuchungen zeigen, dass die Kombination von Operation und anschließender Chemotherapie in ausgewählten Fällen zu besseren Überlebensraten führt. Die exakten Zusammenhänge sind teilweise noch unerforscht.

Diesem Problem möchten wir uns gemeinsam mit anderen Wissenschaftlern widmen. Wir haben dazu ein Modell entwickelt, womit wir Untersuchungen an vitalen Tumoren durchführen können. Damit lassen sich beispielsweise neue Medikamente erforschen oder die Wirksamkeit bekannter Medikamente optimieren. Wir und die Kliniken werden personenbezogene Daten und Gesundheits- bzw. Krankheitsdaten im Rahmen und nur zum Zweck dieses Studienvorhabens verarbeiten. Dabei werden alle im Rahmen der o.g. Studie erhobenen Krankheitsdaten aufgezeichnet, verschlüsselt und verschlüsselt gespeichert. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nicht.

Wir werden Sie bzw. den behandelnden Arzt über den Verlauf der Studie informieren und Ihnen die Ergebnisse des Wachstumstests bzw. der therapeutischen Testung umgehend zusenden.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Im Falle einer Auftragserteilung erkläre ich mich einverstanden, dass restliches Tumorgewebe, das nicht für die Diagnostik benötigt wird, für Studienzwecke an die Firma Experimentelle Pharmakologie & Onkologie GmbH geschickt wird. Ich stimme darüber hinaus zu, dass das Tumormaterial für weiterführende Untersuchungen auch an Dritte übergeben und für weitere Forschungen benutzt werden kann.

Ich bin darüber informiert, dass es sich um experimentelle Untersuchungen handelt, und die Firma keine Gewähr für die Übertragbarkeit der Ergebnisse übernehmen kann.

Patientendaten:

Name:..... Vorname:

Straße:.....

PLZ/ORT:

Wenn Sie es wünschen, kontaktieren wir auch Ihren behandelnden Arzt/Klinik zur Absprache von Gewebe und Substanztestung.

Ort/Datum: Unterschrift :.....

.....
Ansprechpartner (Klinik und behandelnder Arzt)