

Bitte lesen Sie die folgende Einwilligungserklärung aufmerksam durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und unterschreiben Sie anschließend am Ende dieser Einwilligungserklärung, sofern Sie einverstanden sind.

Einwilligungserklärung

Patientenaufkleber

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe die Informationsschrift gelesen und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich willige ein, dass meine Bioproben und Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an die Augsburg Central BioBank am Universitätsklinikum Augsburg gegeben und für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke verwendet werden. Meine Bioproben und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden und gegebenenfalls mit anderen medizinischen Datenbanken verknüpft werden.

Insbesondere willige ich ein, dass, wie in der Informationsschrift beschrieben,

- das Universitätsklinikum Augsburg personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, von mir erhebt, gegebenenfalls weitere personenbezogene Daten aus meinen Krankenunterlagen entnimmt, und die Daten pseudonymisiert (d.h. kodiert) speichert;
- die Bioproben pseudonymisiert von der Augsburg Central BioBank am Universitätsklinikum Augsburg aufbewahrt werden. Das Eigentum an den Bioproben übertrage ich an die Augsburg Central BioBank.
- die Bioproben mit den vorgenannten Daten pseudonymisiert an Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen zu Zwecken medizinischer Forschung weitergegeben werden dürfen.

Dies schließt unter Umständen auch die Weitergabe für Forschungsprojekte in Ländern außerhalb der EU ein. Dies ist generell zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt oder behördlich genehmigte Datenschutzklauseln angewendet werden.

Darüber hinaus willige ich in die Weitergabe meiner Bioproben und Daten in Länder außerhalb der EU auch in den Fällen ein, in denen kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt und keine behördlich genehmigten Datenschutzklauseln angewendet werden. Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden (Ziff. 7c in der Information).

Ja **Nein**

Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde

- zum Zweck der Gewinnung weiterer Informationen / Bioproben **Ja** **Nein**
- zum Zweck der Rückmeldung für mich gesundheitsrelevanter Ergebnisse **Ja** **Nein**

Diese Rückmeldung soll erfolgen über die Einrichtung, in der meine Bioproben/ Daten gewonnen wurden oder über folgenden Arzt (falls gewünscht, bitte angeben):

Name des Arztes: _____

Anschrift: _____

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Augsburg Central BioBank.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort

(Falls abweichend, bitte
Änderung durch Patienten)

Datum

(vom Patienten einzutragen)

Unterschrift des Patienten

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Patienten eingeholt.

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort

Datum

Unterschrift der aufklärenden Person

Teilnahme abgelehnt