

Einwilligungserklärung zur Molekularen Affinitätsanalyse



Patientendaten oder Patientenaufkleber

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wissenschaftliche Nutzung der Ergebnisse

Ich bin damit einverstanden, dass die pseudonymisierten Daten und Untersuchungsergebnisse im Rahmen der ITB für wissenschaftliche Auswertungen und Publikationen verwendet werden dürfen.

Dabei bleiben sämtliche Angaben anonym; Rückschlüsse auf meine Person sind ausgeschlossen.

Freiwilligkeit und Widerruf

Die Teilnahme ist freiwillig. Ich kann diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf hat keine Auswirkungen auf meine medizinische Behandlung.

Im Falle eines Widerrufs werden meine Daten gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

Datenschutz und Ansprechpartner

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die Stiftung für Innovative Medizin, Vogelanger 7a, 81477 München (info@innovativemedizin.de).

Die ITB und ihre Partner verarbeiten alle Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und nationalen Datenschutzbestimmungen.

Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass mein archiviertes Gewebe (FFPE) und die dazugehörigen pseudonymisierten Daten

- im Rahmen der Initiative Translationale Biomarker analysiert werden,
- die Ergebnisse meinem behandelnden Arzt übermittelt werden, und
- die pseudonymisierten Daten für wissenschaftliche Auswertungen und Publikationen genutzt werden dürfen.

Name Patient/in

Unterschrift Patien/tin

Name gesetzliche/r Vertreter/in (bei minderjährigen Patient/innen)

Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in (bei minderjährigen Patient/innen)

Name Arzt/Ärztin

Datum _____ Unterschrift Arzt/Ärztin

Hinweis für minderjährige Patient/innen

Bei minderjährigen Patient/innen erfolgt die Einwilligung durch die gesetzlichen Vertreter. Der/die Patient/in wird alters- und einsichtsgerecht über die Untersuchung informiert. Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Nachteile widerrufen werden.

Der/die minderjährige Patient/in wurde altersgerecht informiert und stimmt der Untersuchung zu, soweit möglich.