

Einwilligungserklärung

zur Verwendung von Daten und Materialien der Studie/des Projektes

PVAG-14 Pilot

zu Forschungszwecken im Kompetenznetz Maligne Lymphome (KML e.V.)

Das Original dieser Einverständniserklärung verbleibt in meiner Patientenakte im behandelnden Zentrum. Eine Kopie wurde mir zusammen mit der „Aufklärung zur Verwendung von Daten und Materialien im KML e.V.“ ausgehändigt.

Ich habe die „Aufklärung zur Verwendung von Daten und Materialien im KML e.V.“ erhalten und alle Punkte der Aufklärung gelesen und verstanden. Alle mich interessierenden Fragen hat mein Arzt in für mich verständlicher Form beantwortet.

1. Mit Hilfe der in den beiden Listen des KML gespeicherten Information (KML-Patientenliste, KML-Kenndatenliste) kann das KML meine Daten (Studien-, Bilddaten) sowie Materialien (z. B. Blutproben, Gewebeproben), die in den Studienzentralen oder Forschungsprojekten entsprechend der Patienteninformation zur Studie gespeichert sind, pseudonymisiert zusammenführen. Diese können im Rahmen von Forschungsprojekten des KML wie in der vorangehenden Information beschrieben zum Thema „Maligne Lymphome“ untersucht und ausgewertet werden.
 Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Materialien für Forschungszwecke im KML e.V. verarbeitet und in pseudonymisierter Form genutzt werden.
2. Darüber hinaus kann ich zu einem späteren Zeitpunkt vom KML e. V. kontaktiert werden, um mich über Projekte oder Studien des KML zu informieren und um Teilnahme zu bitten.
 Ich bin damit einverstanden, dass ich vom KML e.V. für eine Teilnahme an späteren Projekten oder Studien kontaktiert werde.

Ich kann meine Einwilligung in die Speicherung von personenbezogenen Daten und Proben ohne Nachteile für meine weitere Behandlung jederzeit widerrufen und die Löschung der in den beiden KML-Listen gespeicherten Daten sowie die Vernichtung meiner Proben verlangen. Mir ist bekannt, dass ggf. gesetzliche Vorgaben eine längere Aufbewahrungszeit bestimmen.

Angaben zur Patientin / zum Patienten (in Druckbuchstaben)

Vorname, Nachname

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten