

Einverständnis- Erklärung nach EU-DGSVO



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

#	Bedingungen zur Teilnahme
1	Ich habe das Patienteninformationsblatt für die oben genannte Studie (vom 09/06/2023, Version 1) gelesen bzw. mir vorlesen lassen und hatte die Möglichkeit, die Informationen zu prüfen und Fragen zu stellen.
2	Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen zurücktreten kann. Mir ist bewusst, dass ein Ausstieg keine Auswirkungen auf meine zukünftige medizinische Versorgung hat.
3	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Studienteam Einsicht in meine Krankenakte nehmen darf, um Informationen über meine Behandlung zu erhalten, und dass sie mich im Rahmen dieser Studie kontaktieren dürfen.
4	Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen dieser Forschungsstudie verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über mich im Zusammenhang mit der Studie auf passwortgeschützten Computersystemen in meinem Krankenhaus und auch an der Universität Birmingham in England gespeichert werden. Diese Daten werden an einem separaten Ort gesichert, um meine Daten zu schützen. Es ist keine Rückführung der veröffentlichten Studiendaten auf mich als Person möglich.
5	Ich bin damit einverstanden, an dieser Forschungsstudie teilzunehmen, nachdem ich über die Risiken, den Nutzen und die Alternativen vollständig informiert wurde.
6	Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Daten entsprechend der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (ABl. L 119, 4. Mai 2016, S. 1–88) verarbeitet werden.

Name des Teilnehmenden	Name des Mitglieds des Studienteams
Unterschrift	Ich, der Unterzeichner, habe mir die Zeit genommen, dem oben genannten Patienten Art und Zweck dieser Studie in einer für ihn verständlichen Weise umfassend zu erklären. Ich habe sowohl die Risiken als auch die möglichen Vorteile erläutert. Ich habe sie aufgefordert, Fragen zu allen Aspekten der Studie zu stellen, die sie betreffen.
	Unterschrift
Datum	Datum

Drei Ausfertigungen: Patient, Studienleitung, Krankenhaus