UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen
Direktor: Prof. Dr.med. Dr. h.c. T. Strowitzki
Sektion für Reproduktionsgenetik
Sektionsleiter: Prof. Dr. Peter H.Vogt
Frauenklinik
INF 440, 69120 Heidelberg
Tel +49 (0)6 221 56 7918 (Büro)-; 7914 Labor, -36068 Sekretariat, Fax +49 (0)6 221 56 33710
www.uniklinikum-heidelberg.de/gyn-endo-repro

Einverständniserklärung (rechtliche Vertreter)

Molekulare und endokrinologische Diagnostik/Therapie bei DSD-Patientinnen mit Blick auf die Entwicklung von Gonadoblastomen/Dysgerminomen

----------/----------
Name der Patientin rechtlicher Vertreter

Als gesetzliche(r) Vertreter von _____ bin ich/sind wir durch den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin
Herrn/Frau Dr. med. ..... am .....
ausführlich über die geplanten Untersuchungen im Rahmen der DSD Studie informiert worden. Die schriftliche Information darüber habe ich/haben wir erhalten.
Sinn, Durchführung und Zweck dieser Untersuchungen sind mir/uns ausführlich in der mündlichen Aufklärung erläutert worden und es war ausreichend Zeit gegeben worden, um Fragen zu stellen. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass die klinischen Befunde der o.g. Patientin pseudonymisiert in Datenbanken eingebracht werden dürfen, in denen andere Ärzte, die sich ebenfalls mit DSD-Patientinnen klinisch befassen, auf Anfrage diese Befunde einsehen dürfen. Zu diesen Studienzwecken werden die Auskunft gebenden Ärzte ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht entbunden.
Ebenfalls bin ich/sind wir mit der unbefristeten Aufbewahrung von Blut- und ggf. Gewebeproben zu zukünftigen Analysen zu Fragestellungen, die diese Studie betreffen, einverstanden. Mir/uns ist bewusst, dass ich/wir keinen persönlichen Vorteil aus diesem Forschungsprojekt haben werde(n) und dass mir/uns die Ergebnisse nicht mitgeteilt werden.
Alle Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist.

Mir/uns ist bekannt, dass meine/unsere Zustimmung zur Teilnahme der Patientin an der o.g. Untersuchung völlig **freiwillig** ist und ich/wir mein/unser Einverständnis zur Untersuchung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann/können, ohne dass der o.g. Patientin daraus Nachteile für die weitere medizinische Versorgung entstehen.
Ich/wir wurden darüber aufgeklärt und stimme(n) zu, dass meine/unsere in der Studie erhobenen Daten in pseudonymisierter Form aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. auch in pseudonymisierter Form weitergegeben werden können. Dritte erhalten jedoch keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein/unser Name ebenfalls nicht genannt. Sie werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist.

Wenn eine operative Entfernung der Keimdrüsen in einem anderen Krankenhaus erfolgt ist**, stimme ich/stimmen wir der Überlassung einer noch gelagerten Gewebeprobe zu.**

Bei Rücktritt von der Studie bin ich/sind wir mit der Auswertung des schon gewonnenen Materials und der schon vorhanden Daten einverstanden

(Zutreffendes bitte ankreuzen): ↵ JA ↵NEIN

Ich /wir geben hiermit unser Einverständnis, dass _____ an der oben beschriebenen Untersuchung teilnimmt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift rechtlicher Vertreter

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift rechtlicher Vertreter

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Arztes

UK HD