

Einverständniserklärung

Studie: Molekulargenetische Untersuchungen bei Kardiomyopathie-Patienten und deren Verwandten im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung (Ethikkommission Nr. 383/2003)

Schriftliche / mündliche Aufklärung

- Ich bin über Sinn, Bedeutung und Verlauf der Studie sowie über mögliche Belastungen und Risiken anhand der schriftlichen Patienten-/Probanden-Information, die ich erhalten habe, und durch Herrn / Frau _____ aufgeklärt worden. Von der Informationsschrift und von dieser Einverständniserklärung habe ich ein Exemplar für meine Unterlagen erhalten. In diesem Zusammenhang sind mir alle meine Fragen vollständig beantwortet worden.
- Ich weiß, dass die Blutentnahme und die erhobenen Daten aus der DNA-Analyse ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung dienen. Die Ergebnisse dieser Forschung kann jedoch dazu führen, dass neue Medikamente entwickelt werden, die dann auch mir selbst nutzen könnten. Im Rahmen der Entwicklung neuer Medikamente kann eine wirtschaftliche Nutzung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden. Für mich als Einzelperson entsteht kein Eigentumsrecht an den Ergebnissen.

Freiwilligkeit der Teilnahme/Widerrufsrecht

- Ich stimme der Teilnahme an der oben genannten Studie freiwillig zu. Ich weiss, dass ich meine Zustimmung jederzeit und ohne Begründung und ohne Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung widerrufen kann. Bei Rücktritt von der Studie bin ich mit der Auswertung des schon gewonnenen Materials und der schon vorhandenen Daten einverstanden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Ja

Nein.

Zustimmung zur Datenaufzeichnung und Probenaufbewahrung

- **Ich stimme einer anonymisierten Aufzeichnung und Auswertung meiner in der Studie erhobenen Daten zu. Dritte erhalten keinen Einblick in Originalunterlagen.**
- Ich bin einverstanden, dass meine Blutproben einschließlich des isolierten Erbmaterials in strikt verschlüsselter Form und unter Wahrung aller gesetzlichen Vorschriften mindestens fünf Jahre aufbewahrt werden.
- Ich bin einverstanden, dass der Austausch meiner persönlichen Daten im Rahmen wissenschaftlicher Kooperationen in verschlüsselter Form erfolgen wird.
- Ich bin einverstanden, dass infolge wissenschaftlicher Kooperationen Teile des Probenmaterials in anonymisierter Form in national und international in spezialisierten Labors untersucht werden.
- Ich bin einverstanden, dass Angehörige kontaktiert und zu einer Untersuchung eingeladen werden
- Ich bin einverstanden, dass ich nach ein, zwei und fünf Jahren zum Verlauf meiner Krankheitsgeschichte kontaktiert werde.

Name des Teilnehmers/der Teilnehmerin

Geburtsdatum

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Postleitzahl, Ort

Ort und Datum, Unterschrift

Name des Arztes/der Ärztin

Ort und Datum, Unterschrift