Merkblatt zur Einwilligungserklärung

1. _____
Vor- und Nachname des Studienteilnehmers/der Studienteilnehmerin

_____
Straße und Hausnummer

_____
PLZ Ort

2. Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr. *(Angabe ist freiwillig)*: _____
Tag / Monat / Jahr

3. PsoBest-Teilnehmer-ID: **XXXXX**

Ich habe die vorstehende Information über die Studie *„PsoBest - Nutzen und Sicherheit der systemischen Psoriasis-Therapie im Langzeitverlauf"* gelesen und verstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mittels der Fragebögen bei mir und bei meinem Hautarzt / meiner Hautärztin abgefragten Daten über meine Behandlung und meine im Zusammenhang mit meiner Erkrankung stehenden Lebensumstände in der beschriebenen Weise für die Langzeitstudie (Patientenregister) erhoben und verarbeitet werden. Insoweit entbinde ich meine/n mich behandelnde/n Hautarzt / Hautärztin von seiner / ihrer Schweigepflicht.

Falls im Bedarfsfall ein zusätzliches Monitoring (Abgleich der Angaben in den Fragebögen mit den Behandlungsunterlagen meines Hautarztes / meiner Hautärztin) erfolgen soll, willige ich ein, dass ein Mitarbeiter des UKE (CVderm) Einsicht in die über meine Behandlung bei meinem Hautarzt / meiner Hautärztin geführten Unterlagen nimmt und entbinde meinen Hautarzt /meine Hautärztin auch insoweit von seiner / ihrer Schweigepflicht.

4. ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist. Von meinem Recht auf Widerruf meiner Einwilligungserklärung und von meinem Auskunftsrecht habe ich Kenntnis genommen. Eine Kopie der Teilnehmerinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

5. _____ **6.** _____
Ort, Datum Unterschrift Studienteilnehmer/innen

7. _____ **8.** _____
Ort, Datum Name und Unterschrift des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin

PsoBest Zentrums-ID:

Praxisstempel:

1. ***Identifikationsdaten*** *(Name, Geburtsdatum, Adresse)* ***vollständig*** *und* ***leserlich*** *eintragen*

2. ***Das Geburtsdatum*** *ist zur eindeutigen Identifizierung* ***erforderlich***

3. ***Wichtig!***
Tragen Sie bitte die dem ***PsoBest-Teilnehmer zugeordnete ID-Nummer*** *ein, falls sie noch nicht vor-eingetragen ist*

4. ***Die Angabe*** *des Teilnehmers bzgl. der* ***Schweigepflichtsentbindung für evtl. Monitoring*** *ist* ***erforderlich***

5. *Hier muss* ***der Teilnehmer*** *den* ***Ort*** *und das* ***Datum eigenhändig*** *eintragen*

6. ***Unterschrift des Patienten zur Bestätigung der Teilnahme an PsoBest***

7. *Hier muss* ***der Arzt*** *den* ***Ort*** *und das* ***Datum eigenhändig*** *eintragen*

8. ***Unterschrift des Arztes*** *zur Bestätigung über die* ***Aufklärung*** *des Teilnehmers*

9. *Die* ***vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung*** *unbedingt an* ***040/7410-44487 faxen.***

↙ ***Kopie zum Verbleib im Arztordner***

↘ ***Original für den Teilnehmer***

10 Denken Sie auch an die **Übersendung der unterschriebenen DSGVO-Erklärung**.