

# Merkblatt zur Einwilligungserklärung

## Einwilligungserklärung

**1.** Vor- und Nachname des Studienteilnehmers/der Studienteilnehmerin: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

**2.** Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

**3.** PsoBest-Teilnehmer-ID: \_\_\_\_\_ XXXX (Code-Nummer): \_\_\_\_\_

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.** Ort, Datum: \_\_\_\_\_ **6.**  
(Unterschrift des Studienteilnehmers / der Studienteilnehmerin)

**7.** Ort, Datum: \_\_\_\_\_ **8.**  
(Name und Unterschrift des aufklärenden Arztes / der aufklärenden Ärztin)

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

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

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

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

**5. Hier soll der Patient den Ort und das Einschlussdatum** eintragen

**6. Bestätigung** des Patienten, dass er die Patienteninformation **gelesen** und **verstanden** hat

**7. Hier soll der Arzt den Ort und das Einschlussdatum** eintragen

**8. Bestätigung** des Arztes über **Aufklärung** des Patienten

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

**Kopie zum Verbleib im Arztordner**

**Original für den Patienten**