



Einwilligungserklärung zur Befragung „Erkrankungsschwere bei CED“

Integration der Patientenperspektive zur Validierung des CED Disease Severity Index (DSI). Eine Befragungsstudie von Betroffenen und ihren Ärzten („ISS“- IBD Severity Survey).

Name des Patienten/der Patientin in Druckbuchstaben: _____

- Ich habe die Informationsunterlagen zur Studie und die Datenschutzerklärung gelesen (<https://uol.de/dsi/teilnehmer/dsi>). Ich wurde informiert, dass mein Arzt und die Mitarbeiter der Befragungsstudie für weitere Fragen zur Verfügung stehen.
- Ich weiß, dass meine Mitwirkung freiwillig ist. Ich kann sie jederzeit beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich bereit, an der Befragung teilzunehmen.

1. Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (Kontaktinformationen, Name, Geburtsdatum, CED behandelnder Arzt/Ärztin) dem Studienteam (Kontaktstelle) mitgeteilt werden. Diese Daten werden nur für die Organisation der Befragung verwendet und anschließend vernichtet.
2. Ich entbinde den/die mich wegen der CED behandelnde(n) Arzt/Ärztin für dieses Projekt von der ärztlichen Schweigepflicht, damit er/sie den Fragebogen über meinen Krankheitsverlauf ausfüllen kann.
3. Ich willige ein, dass die Angaben, die mein Arzt/meine Ärztin und ich in der Befragung zu meiner Erkrankung machen, auf elektronischen Datenträgern beim Studienteam der Universität Oldenburg aufgezeichnet und ausgewertet werden.
4. Ich habe der Teilnehmerinformation entnommen, dass ich meine Einwilligung während der Befragung widerrufen kann. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten veranlassen. Desweiteren kann ich meinem Arzt/meiner Ärztin die Schweigepflichtsentbindung auch wieder entziehen.
5. Ich willige ein, dass meine Angaben aus der Befragung und die des Arztes/der Ärztin nach Beendigung der Befragung mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden. Persönliche Daten werden zum Abschluss der Befragungsphase gelöscht.

Ich willige in die Verarbeitung der genannten Daten ein.

Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin

(Name und Vorname in Druckschrift)

(Datum)

(Unterschrift)