

## Register für Tumore der Augenoberfläche

### Einwilligung in die Datenerfassung und Auswertung (Version 3 vom 08.10.2016)

Ich, ..... (**Patientenname und Geburtsdatum**), habe die schriftliche Patienteninformation zu oben genanntem Forschungsvorhaben erhalten und gelesen. Ich hatte Gelegenheit zu weiterer Beratung und Information durch einen Mitarbeiter des Forschungsvorhabens.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Mitarbeiter des in der Überschrift genannten Forschungsvorhabens in die anlässlich meiner früheren Behandlung in der xxx Klinik des Universitätsklinikums xx angelegte Dokumentation Einsicht nehmen dürfen sowie Informationen über den weiteren Verlauf meiner Erkrankung sowie über deren seitherige Behandlung bei meinem derzeitigen Hausarzt einholen dürfen. Ich ermächtige diesen hiermit, Mitarbeitern des Forschungsvorhabens entsprechende Auskünfte zu erteilen und entbinde ihn hiermit im zu dieser Auskunftserteilung erforderlichen Rahmen von seiner Verschwiegenheitspflicht.

Name und Anschrift des Arztes:

.....  
.....

(Nur bei Einverständnis mit der Informationseinholung Name und Anschrift des Arztes einfügen)

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieses Forschungsprojekts mein an der Klinik für xxxx gelagertes Gewebe in der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Freiburg untersucht wird.

Mit der Kontaktaufnahme durch Mitarbeitern des Forschungsvorhabens zwecks Terminvereinbarung zu einem Kurzbesuch in der Klinik/Praxis xx bin ich:

einverstanden       nicht einverstanden

Ich wurde darauf hingewiesen, dass meine Zustimmung freiwillig ist und dass ich das Recht habe, diese jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen, zu widerrufen.

**Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten im Register bin ich einverstanden.**

**Mir wurde zugesichert, dass die Daten nach Erreichen des Forschungsziels anonymisiert werden. Spätestens 10 Jahre nach Abschluss des Forschungsvorhabens werden sie gelöscht.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient