

*Bitten den QR-Code aus*

*REDCap hier einfügen*

Bitte den QR-Code scannen

**Patienten-ID:**

*Hier einfügen*

**Einwilligungserklärung**

Chronic Angioedema Registry - CARE

Teilnahme am Krankheitsregister für rezidivierende

(chronisch-wiederkehrende) Angioödeme

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(zur Kontaktaufnahme im Rahmen des CARE Registers)

dass ich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Registerstudie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu zu klären.

Ich habe insbesondere die mir vorgelegte Patienteninformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann. Ich weiß, dass ich das Recht habe, zu jeder Zeit die Daten zu erfahren, die von mir in der Registerdatenbank gespeichert werden.

Ich bin bereit, an der o.g. Registerstudie teilzunehmen.

**Einwilligungserklärung zur Datenerhebung- und Datenverarbeitung:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Registerstudie mich betreffende personenbezogene Daten/Angaben erhoben und pseudonymisiert auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulassen, veröffentlicht werden.

Auch erkläre ich mich damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten in pseudonymisierter Form an den Sponsor der Studie, die UNEV gGmbH, Schönhauser Alle 163, 10435 Berlin, Germany, zum Zweck der Auswertung der Daten übermittelt werden dürfen.

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ggf. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Hiermit erkläre ich, dass o.g. Teilnehmer/in über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Registerstudie aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben wurde.

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Prüfarztes/-ärztin

Sollten Sie noch Fragen zu o.g. Registerstudie, zu Ihren Aufgaben, Ihren Rechten als Teilnehmer:in haben oder sollten Sie Ihre Einwilligung widerrufen wollen, wenden Sie sich bitte an folgende Person:

*Kontaktinformation vom Zentrum bitte hier angeben.*