



Einwilligungserklärung

zur Spende, Einlagerung und Nutzung von Biomaterialien
sowie zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten im
Interdisziplinären Centrum für Biobanking Lübeck (ICB-L)

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

- ▶ Ich bin damit einverstanden, dass meine Biomaterialien und Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an das ICB-L gegeben und für medizinische Forschungszwecke verwendet werden. Dies betrifft unter Umständen auch die Weitergabe für Forschungsprojekte im Ausland mit möglicherweise niedrigerem Datenschutzniveau.
- ▶ Das Eigentum an meinen Biomaterialien übertrage ich durch meine Unterschrift an das ICB-L.
- ▶ Ich habe die Informationsschrift gelesen und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.
- ▶ Ich bin damit einverstanden, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde bzw. dass mein behandelnder Arzt kontaktiert wird. Falls nicht gewünscht, bitte die einzelnen Zwecke durch Ankreuzen von „nein“ ausschließen.

Kontaktierung zum Zweck der:

- | | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| - Gewinnung weiterer Informationen/Biomaterialien | [1.1] <input type="checkbox"/> ja | [1.2] <input type="checkbox"/> nein |
| - Einwilligung in den Abgleich mit anderen Datenbanken | [2.1] <input type="checkbox"/> ja | [2.2] <input type="checkbox"/> nein |
| - Kontaktierung des behandelnden Arztes | [3.1] <input type="checkbox"/> ja | [3.2] <input type="checkbox"/> nein |

Name und Anschrift des Arztes: _____

Einwilligung zur Datennutzung, Datenübermittlung und Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das ICB-L wie in der Information beschrieben personenbezogene Daten von mir erhebt und speichert, weitere Angaben über meine Gesundheit aus meinen Krankenakten vom UKSH Campus Lübeck übermittelt bekommt und die Daten gemeinsam mit meinen Biomaterialien **pseudonymisiert** für medizinische Forschungsvorhaben der Universität zu Lübeck zur Verfügung stellt. Mit meiner Einwilligung entbinde ich meine behandelnden Ärzte zu den in der Patienteninformation benannten Zwecken von der beruflichen/ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten und Proben können in **anonymisierter** Form auch an andere an dem Projekt beteiligte Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen, ggf. auch im Ausland weitergegeben werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung gegenüber dem ICB-L ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann. Beim Widerruf werden auf mein Verlangen die verbliebenen Biomaterialien und die erhobenen Daten vernichtet bzw. gelöscht oder anonymisiert. Daten aus durchgeführten Analysen können nicht mehr entfernt werden. Ich habe das Recht auf Auskunft und Berichtigung meiner gespeicherten personenbezogenen Daten.

Die Patienteninformation und eine Kopie der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt im ICB-L.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes