

Einwilligungserklärung für Veröffentlichung des Fallberichtes

Ich [REDACTED] gebe Frau Dr. Yi-Lan Lin und ihrem Team vom Rinecker Proton Therapy Center die Erlaubnis, den beigefügten Fallbericht über meinen Krankheitsverlauf eines hepatozellulären Karzinoms zu veröffentlichen und zu verteilen.

Mir ist bewusst, dass der Fallbericht meinen Namen oder meine Adresse nicht erwähnt, aber mein Geschlecht, Alter und Anamnese und Behandlungen einschließlich CT / MRT-Bildern und Behandlungsplan der Protonentherapie.

Mir wurde gesagt, dass die Autoren derzeit planen, den Fallbericht zur Veröffentlichung in einer medizinischen Zeitschrift für Bildungszwecke einzureichen.

Ich werde in keiner Weise für die Verwendung des oben genannten Fallberichts bezahlt. Ich werde im Zusammenhang mit einer solchen Veröffentlichung oder Verwendung keine Lizenzgebühren oder andere Vergütungen erhalten.

Ich bin nicht verpflichtet, dieses Formular zu unterschreiben, und ich kann es ablehnen. Meine medizinische Behandlung und Bezahlung für die Gesundheitsversorgung werden nicht davon beeinflusst, ob ich dieses Dokument unterschreibe oder nicht.

Ich kann diese Genehmigung jederzeit für eine zukünftige Weitergabe widerrufen, indem ich meine behandelnde Ärztin Frau Dr. Yi-Lan Lin schriftlich darüber in Kenntnis setze. Aber mein Widerruf hat keine Auswirkungen auf Informationen, die bereits geteilt oder veröffentlicht wurden. Diese Autorisierung hat kein Ablaufdatum.

Name des Patienten: [REDACTED]

Adresse des Patienten: Johann-Meyer-Str. 7e, 01097 Dresden

Unterschrift des Patienten: [REDACTED]

Ort und Datum: Dresden, 13.02.2018

Überprüft von Frau Dr. Yi-Lan Lin

Unterschrift: Yi-Lan Lin

Ort und Datum: München, 03.07.2018

AUTHORIZATION FOR PUBLICATION OF CASE REPORT

I, [REDACTED] give Dr. Yi-Lan Lin and her team at Rinecker Proton Therapy Center permission to publish, reproduce and distribute the attached Case Report regarding my hepatocellular carcinoma.

I am aware that the Case Report does not mention my name or address, but it does reflect my gender, age and medical history and treatments including CT/ MRI images and treatment plan of proton beam therapy.

I have been told that the authors currently plan to submit the Case Report for publication in a medical journal for educational purposes.

I will not be paid in any manner for use of the Case Report as described above. I will not receive any royalties or other compensation in connection with any such publication or use.

I am not required to sign this form, and I may refuse to do it. My medical treatment and payment for health care will not be affected by whether or not I sign this document.

I may withdraw this authorization for any future sharing at any time by notifying my attending physician in writing but my withdrawal will not affect information that has already been shared or published. This authorization has no expiration date.

Patient's Name: [REDACTED]

Patient's Address: Johann-Meyer-Str. 7e, 01097 Dresden

Patient's Signature: [REDACTED]

Place and Date: Dresden, 13.02.2018

Reviewed by Dr. Yi-Lan Lin

Signature: Yi-Lan Lin

Place and Date: Munich, 09.02.2018