

**Erklärung der Patientin / des Patienten**

Ich .....,geb. am .....

wohnhaft in .....

erkläre hiermit, dass ich die Aufklärung verstanden habe und gebe meine Einwilligung zur Teilnahme an der klinischen Studie:

**„Evaluation prognostischer Marker bei Patienten mit  
hepatozellulärem Karzinom“**

**Ich bin mit der Entnahme zusätzlichen Blutes für wissenschaftliche Zwecke, der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie an mir erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Auswertung einverstanden.**

**Alle Fragen, die ich im Zusammenhang mit der Studie gestellt habe, sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Der Prüfarzt hat mir gegenüber erklärt, dass ich ihn jederzeit fragen kann, wenn sich für mich später neue Fragen ergeben. Eine Kopie der Patienteninformation und dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.**

Unterschriften:

Ort/Datum:

\_\_\_\_\_

Patient:



Ort/Datum:

\_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt:

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)