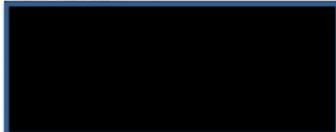


Name/Etikette



Einwilligungserklärung zur Verwendung meiner Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung (Original für die Patientin/den Patienten)

Ich habe die Informationen zur Verwendung von Gesundheitsdaten für die Forschung gelesen.

Ich weiss:

- dass ich jederzeit Fragen stellen kann, wenn ich zusätzliche Informationen wünsche;
- dass meine Entscheidung freiwillig ist und keinen Einfluss auf meine Behandlung hat;
- dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Begründung widerrufen kann;
- dass meine Daten geschützt werden;
- dass ich über die einzelnen durchgeführten Forschungsprojekte nicht informiert werde;
- dass ich in Ausnahmefällen über unerwartete Ergebnisse, die mich betreffen, informiert werden kann. Dass ich mich an die Kontaktadresse wenden muss, wenn ich nicht informiert werden möchte;
- dass nach einem Widerruf meine Daten in anonymisierter Form weiterverwendet werden und dass ich mich an die Kontaktadresse wenden muss, wenn ich damit nicht einverstanden bin.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten für die Forschung verwendet werden dürfen.

Ja

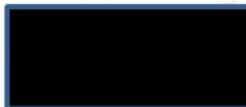
Nein

In diesem Fall dürfen Ihre nicht-genetischen Daten in verschlüsselter Form in Forschungsprojekten verwendet werden. **Falls Sie damit nicht einverstanden sind, wenden Sie sich an die Kontaktstelle.**

Ort, Datum

Solothurn,
16.11.2017

Unterschrift der urteilsfähigen Patientin / des Patienten



Kontaktstelle

Falls Sie Fragen haben oder Auskunft benötigen, wenden Sie sich bitte an Ihre Ärztin/Ihren Arzt oder an die untenstehende Adresse:

PD Dr. Näder Helmy, Chefarzt
Orthopädische Klinik, Bürgerspital
4500 Solothurn
Sekretariat Tel: 032 627 46 01