

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 1

Geburtsdatum: 23.02.54

Größe: 176

Gewicht: 60,8

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

01.11.17

Peter Juchacz

(Datum / Unterschrift des Patienten)

A.M. 17

(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 2

Geburtsdatum: 12.11.45

Größe: 176

Gewicht: 74,4

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

01.11.2017
(Datum / Unterschrift des Patienten)

A. M. D.
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 3 Geburtsdatum: 31.1.59 Größe: 166 Gewicht: 81

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

P. Talir
(Datum / Unterschrift des Patienten)

11.11.2017

1.11.17
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 4 Geburtsdatum: 2.9.72 Größe: 163 Gewicht: 93

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Weil durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

20.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

1.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 5 Geburtsdatum: 13.5.53 Größe: 181 Gewicht: 82,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und Ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

01-11-2017
[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

A.M. 17
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 6 Geburtsdatum: 6.6.50 Größe: 180 Gewicht: 91

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

01.11.2017 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

1.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 2 Geburtsdatum: 31.10.86 Größe: 163 Gewicht: 50,3

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. U. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

3.11.17 A. S. Aus
(Datum / Unterschrift des Patienten)

3.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 8 Geburtsdatum: 29.5.55 Größe: 1,90 Gewicht: 87,4

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wü durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

3.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

3.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 9

Geburtsdatum: 26.3.61

Größe: 164

Gewicht: 56,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

28.11.2017 W. W.
(Datum / Unterschrift des Patienten)

8.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 10

Geburtsdatum: 22.3.65

Größe: 172

Gewicht: 93,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

8.11.2017

A. Bedorf
(Datum / Unterschrift des Patienten)

8.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 11 Geburtsdatum: 18.11.49 Größe: 1,72 Gewicht: 105

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

8.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

8.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 12 Geburtsdatum: 30.8.55 Größe: 183 Gewicht: 99,7


- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

8.11.17 Bernad Philipp
(Datum / Unterschrift des Patienten)

8.11.17 
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [redacted] Vorname: [redacted]

Pat. Nr.: 13 Geburtsdatum: 7.4.59 Größe: 190 Gewicht: 100,2

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wub durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

11.08.2017 BL
(Datum / Unterschrift des Patienten)

8.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 14 Geburtsdatum: 1.12.50 Größe: 1,80m Gewicht: 70kg

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Nina Weite durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

10. November 2017 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

10.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 15

Geburtsdatum: 11.5.51

Größe: 1,64m

Gewicht: 75

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

15.11.17 J. Lewman
(Datum / Unterschrift des Patienten)

15.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name:

Vorname:

Pat. Nr.: 16 Geburtsdatum: 28.5.4 Größe: _____ Gewicht: _____

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wul durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

G. De Benedictis
(Datum / Unterschrift des Patienten)

15.11.2017 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 17 Geburtsdatum: 4.7.59 Größe: 1,76 Gewicht: 86,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wah durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

7.15.11.2017 L. M. A.
(Datum / Unterschrift des Patienten)

15.11.17
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 18

Geburtsdatum: 13.5.73

Größe: 173

Gewicht: 70,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wille durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

X K. Trend (22.11.2017)
(Datum / Unterschrift des Patienten)

22.11.2017 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 19

Geburtsdatum: 2.10.47

Größe: 168

Gewicht: 90

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

22.11.2017 G. Klein
(Datum / Unterschrift des Patienten)

22.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 20 Geburtsdatum: 18.6.77 Größe: 168 Gewicht: 99

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

X. Müller
(Datum / Unterschrift des Patienten)

22.11.17
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 21 Geburtsdatum: 30.7.45 Größe: 180 Gewicht: 65,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wü durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

[Signature] 22.11.2017
(Datum / Unterschrift des Patienten)

22.11.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 22 Geburtsdatum: 19.9.54 Größe: 180 Gewicht: 88,1

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. V. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

22.11.17
[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

22.11.17
[Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 22
23 Geburtsdatum: 20.12.66 Größe: 156 cm Gewicht: 76 kg

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. WuW durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

29.11.17 Serf
(Datum / Unterschrift des Patienten)

29.11.17
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Übersetzung durch Ehm-
mann

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 28 Geburtsdatum: 28.4.59 Größe: 185 Gewicht: 95
129

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Witt durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

29.11.17
(Datum / Unterschrift des Patienten)

29.11.17
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 23 Geburtsdatum: 23.05.60 Größe: 159 cm Gewicht: 95 kg
25

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Welker durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

5.12.17. Boziane R. He
(Datum / Unterschrift des Patienten)

5. Dez 2017 Ph. H. H.
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema

Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: 

Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 25 Geburtsdatum: 21-9-54 Größe: 160 Gewicht: 145

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. _____ durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

☐ Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

K. Y. H. 5-12-17
(Datum / Unterschrift des Patienten)


(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 27 Geburtsdatum: 22.6.55 Größe: 1,60m Gewicht: 54kg

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wulw durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

10.1.2018 Cesi
(Datum / Unterschrift des Patienten)

10.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 28 Geburtsdatum: 23.04.57 Größe: 168 Gewicht: 83,0

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

10. Jan. '18 D. Hahn
(Datum / Unterschrift des Patienten)

10.1.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 29 Geburtsdatum: 31.5.63 Größe: 1,70m Gewicht: 75 kg

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wü durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

10.07.2018
(Datum / Unterschrift des Patienten)

10.8.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 30 Geburtsdatum: 5.5.65 Größe: 174 Gewicht: 64

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

4.1.2018 Ralf Lorenz
(Datum / Unterschrift des Patienten)

10.1.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 31 Geburtsdatum: 27.4.55 Größe: _____ Gewicht: 80

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wew durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

12.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

12.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 32 Geburtsdatum: 12.8.49 Größe: 175 Gewicht: 84

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wah durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.



Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)
12.1.18

12.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name:  Vorname: 

Pat. Nr.: 33 Geburtsdatum: 25.6.70 Größe: 179 Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wul durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

H. Oess
(Datum / Unterschrift des Patienten)

12.1.18 
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 34 Geburtsdatum: 20.1.54 Größe: 165 Gewicht: 86,6

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

16.1.18 U. Vennan
(Datum / Unterschrift des Patienten)

16.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema

Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 35 Geburtsdatum: 13.03.48 Größe: 1,55 Gewicht: 85,8

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

8. Hallerwobere Marie
(Datum / Unterschrift des Patienten)
16.04.18

16.1.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 36 Geburtsdatum: 9.10.52 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

B. Bellinger 19.01.18
(Datum / Unterschrift des Patienten)

19.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 37 Geburtsdatum: 30.5.50 Größe: 1,78 Gewicht: 80

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wei durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

26.1.18
[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

26.1.18
[Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 38 Geburtsdatum: 10.3.43 Größe: 1,71 Gewicht: 80

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Witt durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

26.01.2018

X

(Datum / Unterschrift des Patienten)

26.1.18

(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 39 Geburtsdatum: 1.8.48 Größe: 1,51 Gewicht: 53

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

26.1.18 Yutta Gruber
(Datum / Unterschrift des Patienten)

26.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 40 Geburtsdatum: 25.10.53 Größe: 1,83 Gewicht: 85

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

X [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

26.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 41 Geburtsdatum: 1.8.54 Größe: _____ Gewicht: 66

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wew durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

31.01.2018 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

31.1.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 42 Geburtsdatum: 5.2.54 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

x B. Schubert
(Datum / Unterschrift des Patienten)

1.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

1.2.18

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 43 Geburtsdatum: 21.3.44 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wul durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

02.02.2018 Al. Salar
(Datum / Unterschrift des Patienten)

2.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 44

Geburtsdatum: 22.11.63

Größe: 162

Gewicht: 80

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

2.2.18 K. Heninger
(Datum / Unterschrift des Patienten)

2.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 45 Geburtsdatum: 23.02.50 Größe: 168 Gewicht: 80

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

9.02.2018 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

9.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema

Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanz
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED]

Vorname: [REDACTED]

MED GASTRO
31.01.2017 08:38 7014528
L.Beh: 31.01.2017 9327096

Pat. Nr.: 46 Geburtsdatum: Größe: 1,72 Gewicht: 85

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wul durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

9.2.18 S. J. W.
(Datum / Unterschrift des Patienten)

9.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 47 Geburtsdatum: 1-8-75 Größe: 169 Gewicht: 82

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

14.2.18
(Datum / Unterschrift des Patienten)

14.2.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 48 Geburtsdatum: 12.8.68 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wille durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

14.2.2018 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

14.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 49 Geburtsdatum: 20.10.50 Größe: 158 Gewicht: 78

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wul durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

27.2.18. B. Obert
(Datum / Unterschrift des Patienten)

27.2.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 50 Geburtsdatum: 18.6.66 Größe: 174 Gewicht: 92,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

25.02.18 Pipert
(Datum / Unterschrift des Patienten)

22.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 51 Geburtsdatum: 5.9.52 Größe: 175 Gewicht: 72

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

20.2.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema

Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 542 Geburtsdatum: 2.2.59 Größe: 160 Gewicht: 54

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wul durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

27.2.18
(Datum / Unterschrift des Patienten)

20.2.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 53 Geburtsdatum: 26.6.75 Größe: 175 Gewicht: 70

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wulw durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

1.3.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 54 Geburtsdatum: 24.05 Größe: 185 Gewicht: 110

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wah durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

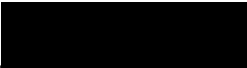
Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

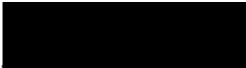
[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

2.3.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: 

Vorname: 

24.01.2018 11:25
L.Beh: 24.01.2018

Pat. Nr.: 55 Geburtsdatum: _____ Größe: 163 Gewicht: 87

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. V. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

4 M. Büttge-Munst
(Datum / Unterschrift des Patienten)

16.3.18 
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 56 Geburtsdatum: 2.2.99 Größe: 185 Gewicht: 90

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Witt durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

Michael Sommer
(Datum / Unterschrift des Patienten)

16.3.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 58

Geburtsdatum: 11.2.53

Größe: 1,75

Gewicht: 77,9

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wille durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

29.4.18 Rad
(Datum / Unterschrift des Patienten)

24.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 589 Geburtsdatum: 2.10.75 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

12.4.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

12.4.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: [REDACTED] Vorname: [REDACTED]

Pat. Nr.: 60 Geburtsdatum: 5.2.61 Größe: Gewicht:

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Wu durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

13.4.2018
[Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

13.4.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema

Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 6A Geburtsdatum: 9.8.46 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Dr. Weib durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

20.4.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

20.4.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 62

Geburtsdatum: 2-8-60

Größe: _____

Gewicht: 95,5

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

25.4.2018

(Datum / Unterschrift des Patienten)

25.4.18

(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____

Vorname: _____

Pat. Nr.: 63 Geburtsdatum: 8.11.50 Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Dr. Weil durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

18.04.18
(Datum / Unterschrift des Patienten)

18.04.18

18.4.18
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: 

Vorname: 

Pat. Nr.: 64 Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

26.4.2018 D. Kempf
(Datum / Unterschrift des Patienten)

26.4.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 65 Geburtsdatum: 18.2.61 Größe: _____ Gewicht: _____

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. Welter durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

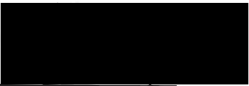
Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.


3.5.17 [Signature]
(Datum / Unterschrift des Patienten)

3.5.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

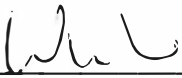
Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: 

Vorname: 



Pat. Nr.: 66 Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr.  durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.

2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.

3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.

4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

 2.05.18 V. Maroak
(Datum / Unterschrift des Patienten)

8.5.18 
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)

Einwilligungserklärung

Zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie mit dem Thema
Erfassung der primären Hämostase mittels Durchführung der Impedanzaggregometrie bei
Patienten mit chronischen Lebererkrankungen

Name: _____ Vorname: _____

Pat. Nr.: 67 Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

- 1.) Ich habe die von Herrn/Frau Dr. W. W. durchgeführte Aufklärung über Art und Durchführung sowie die möglichen Risiken der Untersuchung verstanden und hatte Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ferner hatte ich die Gelegenheit, die „Patienteninformation“ durchzulesen und Fragen dazu zu stellen. Die von mir gestellten Fragen wurden beantwortet. Ich konnte mir genügend Zeit nehmen, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung getroffen habe.
- 2.) Die Teilnahme an dieser klinischen Untersuchung ist freiwillig. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile meine Einwilligung zurückziehen. Eine derartige Entscheidung hat keinen Einfluss auf die weitere medizinische Behandlung.
- 3.) Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich von dem die Untersuchung durchführenden Arzt erhalten. Eine schriftliche Patienteninformation wurde mir ausgehändigt.
- 4.) Eine Kompensation erfolgt nicht.

Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen der Studie erhobenen Krankheitsdaten und ihrer anonymisierten Verwendung, z. B. für Veröffentlichungen einverstanden.

Ich erkläre mich bereit an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt.

X 18.05.18 Salgo
(Datum / Unterschrift des Patienten)

18.5.18 [Signature]
(Datum / Unterschrift des aufklärenden Arztes)