

**Studie**  
**GEFÄSSINTENTION UND NACHSORGE BEI**  
**SYMPTOMATISCHER PERIPHERER**  
**VERSCHLUSSKRANKHEIT UND BEI DER**  
**KRITISCHEN EXTREMITÄTENISCHÄMIE**  
Einverständniserklärung

Klinik Weinheim

**Version 1; 13.03.2017**

NAME: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

ANGIO-NR: \_\_\_\_\_

Die schriftliche Patienten-/Probanden-Aufklärung habe ich erhalten und gelesen. Darüber hinaus bin ich mündlich aufgeklärt worden. Dabei wurden alle meine Fragen beantwortet.

Ich stimme der Teilnahme an der Studie freiwillig zu. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung ohne Angabe von Gründen jederzeit und ohne Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung widerrufen kann.

**Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine in der Studie erhobenen Daten in pseudonymisierter Form aufgezeichnet (und ggf. auch in pseudonymisierter Form weitergegeben) werden können. Ich wurde darüber informiert, dass ich innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren telefonisch zu einem kurzen Gespräch mit einem Arzt oder mit einer Studienpflegekraft kontaktiert werde. Sofern ich hierzu keine Auskunft geben kann oder nicht erreichbar sein sollte, wurde ich um Erlaubnis gebeten, dass für die Studie erforderlichen Daten bei meinem Hausarzt oder einer anderen von mir benannten Kontaktperson erfragt werden und bin hiermit einverstanden. Auskunftgebende Ärzte müssten diesbezüglich von der Schweigepflicht entbunden werden. Dritte erhalten jedoch keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei Veröffentlichungen von Ergebnissen der Studie wird mein Name ebenfalls nicht genannt.**

Bei Rücktritt von der Studie bin ich mit der Auswertung meines (Daten-) Materials einverstanden

☐ Ja

☐ Nein.

Unterschrift und Datum

\_\_\_\_\_  
Patient

\_\_\_\_\_  
Arzt in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärender Arzt

*Für Rückfragen bin ich telefonisch oder per Email zu erreichen unter:*

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_