

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie

Direktorin: Prof. Dr. med. Thea Koch

PULMONARY ENGINEERING GROUP



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einer klinischen Studie

Herr/Frau: _____, geboren am _____

Ich erkläre mich damit einverstanden an der Studie

PROTHOR

Protektive Beatmung mit hohem versus niedrigem end-expiratorischen Druck während Einlungenbeatmung im Rahmen von Thoraxeingriffen. Eine randomisierte kontrollierte Studie.

teilzunehmen. Den mir ausgehändigten Aufklärungsbögen habe ich gelesen und verstanden.

Der/Die Prüfarzt/Prüfärztin hat mich in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtigen Fragen über die Studie und die damit verbundenen Risiken stellen.

Ich habe verstanden, dass die Teilnahme an dieser Studie keinen Einfluss auf die Therapie und Pflege, die ich erhalten werde, nehmen wird. Ich bin mir dessen bewusst, dass die Teilnahme freiwillig ist und ich jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile für meine medizinische Behandlung von der Studienteilnahme zurücktreten kann.

Ich habe keine weiteren Fragen und fühle mich ausreichend aufgeklärt.

Bitte wenden.

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie

Direktorin: Prof. Dr. med. Thea Koch

PULMONARY ENGINEERING GROUP



Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Studie erhobene Daten/Krankheitsdaten auf Dokumentationsbögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und in verschlüsselter Form (ohne Namens- und Initialennennung - Pseudonymisierung) an die Ethikkommission des Universitätsklinikums Dresden weitergegeben werden, soweit dies zur Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie erforderlich ist.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein autorisierter und zur Verschwiegenheit verpflichteter Beauftragter der Ethikkommission in meine beim Prüfarzt vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nimmt, soweit dies für die Überprüfung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinde ich den Prüfarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Name Patient: _____

Datum, Unterschrift Patient: _____

Name Prüfarzt/-ärztin: _____

Datum, Unterschrift Prüfarzt/-ärztin: _____

*Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung dient der Studiendokumentation.
Ein weiteres Exemplar ist dem Patienten auszuhändigen.*