

Schweigepflichtsentbindung

zu genetischen Forschungsergebnissen der Studie mit dem Titel

„Klinische Charakteristika, Krankheitsverlauf, medizinische Versorgung und Häufigkeit genetischer Varianten in den Genen SOD1, C9orf72, FUS und TARDBP bei Patienten mit sporadischer und familiärer Amyotropher Lateralsklerose (ALS)“

Angaben zu meiner Person:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Anschrift:

Straße,
Hausnummer

PLZ, Wohnort

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine unten genannten Verwandten das genetische Forschungsergebnis der an meiner Blutprobe durchgeführten genetischen Untersuchungen erhalten können.

Die Bereitstellung meiner genetischen Forschungsergebnisse der oben genannten Studie erfolgt ausschließlich, um das Erkrankungsrisiko für eine ALS meiner Verwandten einzuschätzen. Diese Schweigepflichtsentbindung ist auch nach meinem Tod gültig, so dass der potentielle Nutzen, der sich aus den Studienergebnissen ergibt, auch nach meiner Lebenszeit realisiert werden kann.

Ich entbinde die an der Studie beteiligten ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

gegenüber allen Verwandten 1. und 2. Grades

Verwandte 1. Grades sind Kinder, Eltern, Geschwister und Halbgeschwister.

Verwandte 2. Grades sind Großeltern, Enkelkinder, Nichten, Neffen, Cousins, Cousinen, Tanten und Onkel.

gegenüber allen Verwandten 1. und 2. Grades mit Ausnahme von folgenden Verwandten:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Ich entbinde die an der Studie beteiligten ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen:

gegenüber bestimmten Verwandten 1. und 2. Grades, die wie folgt benannt werden:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Vorname

Nachname

Geburtsdatum / /

Aufklärung zum Recht auf Auskunft, Berichtigung und Widerruf

- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass im Falle unrichtiger personenbezogener Daten auf meinen Wunsch eine Berichtigung dieser Daten durchführbar ist.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese Schweigepflichtentbindung jederzeit mündlich oder schriftlich und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.
- Ich wurde darüber aufgeklärt, dass im Fall meines Widerrufs der Schweigepflichtentbindung auf Wunsch alle auf diesem Formular bereitgestellten Daten zu Verwandten vernichtet und elektronische Daten nach den gegenwertigen technischen Standards gelöscht werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift  _____ des Patienten