

CHARITÉ · D-13344 BERLIN

Neurologische Klinik und Poliklinik
Arbeitsgruppe Epileptologie
PD Dr. Bettina Schmitz
Oberärztin
Tel.: (030) 450 60022 / 60188
Fax: (030) 450 60901
eMail: bettina.schmitz@charite.de

Berlin, 3. August 2000

Name Ihrer Ärztin, Ihres Arztes: PD. Dr. Bettina Schmitz
Tamara Schmidt
Dr. Pascal Grosse

Dr. Ruth Jacob
Dr. Ramin Khatami
Dr. Michael v. Brewern

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Titel der Prüfung: Europäisches Schwangerschaftsregister

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgendes:

- Ich wurde vollständig über das Wesen und die Bedeutung des Schwangerschaftsregisters aufgeklärt.
- Ich habe die Patientenaufklärung gelesen und deren Inhalt verstanden.
- Ich hatte die Möglichkeit, Fragen, die das Schwangerschaftsregister betreffen, zu stellen.
- Ich bin bereit, an der genannten Beobachtungsstudie teilzunehmen.
- Meine Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig.
- Ich weiß, daß ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, ohne daß dieses irgendeinen Einfluß auf meine weitere medizinische Behandlung hat. Ebenso kann mein behandelnder Arzt mich jederzeit aus der Prüfung nehmen.

Datenschutzerklärung

- **Die im Rahmen dieser Studie aufgezeichneten Krankheitsdaten sowie die Prüfungsergebnisse werden ohne die Patientennamen (d.h. anonymisiert) an eine zentrale Datenbank weitergeleitet. Ich bin damit einverstanden, daß die im Rahmen der Studie ermittelten Krankheitsdaten aufgezeichnet werden. Studienmitarbeiter, die nach den Grundsätzen des Datenschutzgesetzes zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, dürfen zur Überprüfung der Daten in diese personenbezogenen, im Rahmen der oben genannte Studie erhobenen Krankheitsdaten bei Ihrem Arzt Einblick nehmen. Beim Umgang mit den Krankheitsdaten werden die Grundsätze des Datenschutzes beachtet.**

Für Patientinnen über 18 Jahre:

Dieser Kasten muß von der Patientin ausgefüllt werden:	
_____	_____
	Name der Patientin in Blockschrift
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Patientin

Für Patientinnen unter 18 Jahre:

Dieser Kasten muß von der Patientin und ihren Erziehungsberechtigten ausgefüllt werden:	
_____	_____
	Name der Patientin in Blockschrift
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Patientin
_____	_____
	Name des Personensorgeberechtigten in Blockschrift
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der Personensorgeberechtigten
_____	_____
	Name des Personensorgeberechtigten in Blockschrift
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Personensorgeberechtigten

Ich bestätige, daß es die freie Entscheidung der Patientin bzw. deren Erziehungsberechtigten ist, an der Studie teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin