

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

NIHR | National Institute for
Health and Care Research



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

SurgWeek-2

Eine internationale kooperative Kohortenstudie, die die Behandlungsergebnisse von operierten Patientinnen und Patienten erfasst.

Einwilligungserklärung

#	Erklärung	Patient / Patientin (bitte jedes Feld mit Kürzel oder Fingerabdruck bestätigen)
1	Ich habe die Patienteninformation zur oben genannten Studie (vom TT/MM/JJJJ, Version ____) gelesen bzw. sie wurde mir vorgelesen. Ich hatte die Gelegenheit, die Informationen zu überdenken und Fragen zu stellen.	
2	Ich verstehe, dass meine Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist und dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ich verstehe, dass ein Widerruf keine Auswirkungen auf meine zukünftige medizinische Versorgung hat.	
3	Ich erlaube den Forschenden, meine Krankenakte einzusehen, um Informationen über meine Behandlung zu erhalten, und mich im Rahmen dieser Studie zu kontaktieren.	
4	Ich gebe meine informierte und ausdrückliche Einwilligung, dass meine Daten im Rahmen dieser Studie verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass studienbezogene Informationen über mich auf passwortgeschützten Computersystemen in meinem Krankenhaus sowie an der University of Birmingham in England gespeichert werden. Diese werden zur Sicherheit meiner Daten an einem separaten Ort gesichert.	
5	Ich willige ein, an dieser Studie teilzunehmen, nachdem ich umfassend über die Risiken, den Nutzen und die Alternativen aufgeklärt wurde.	

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery



NIHR | National Institute for
Health and Care Research



SurgWeek-2
Global Surgical Audit



GREENSURG



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

Name der teilnehmenden Patientin / des teilnehmenden Patienten	Name des Studienarztes / der Studienärztin
Unterschrift (oder Fingerabdruck) der teilnehmenden Patientin / des teilnehmenden Patienten	Ich, die unterzeichnende Person, habe der oben genannten teilnehmenden Patientin / dem oben genannten teilnehmenden Patienten Wesen und Zweck dieser Studie in verständlicher Weise ausführlich erläutert. Ich habe die damit verbundenen Risiken sowie den möglichen Nutzen erklärt. Ich habe den Patienten / die Patientin eingeladen, Fragen zu allen Aspekten der Studie zu stellen, die sie betrafen.
	Unterschrift des Studienarztes / der Studienärztin
Datum TT / MM / JJJJ	Datum TT / MM / JJJJ