

Einwilligungserklärung – Patient*in

Zur Spende, Einlagerung und Nutzung von Bioproben (feste und flüssige Körpermaterialien) sowie zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten in der Biobank der Universitätsmedizin Göttingen (**Zentrale Biobank UMG**)

Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung anschließend am Ende der folgenden Seite, sofern Sie damit einverstanden sind.

Ich habe die Informationsschrift gelesen und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich willige ein, dass meine Bioproben und Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an die Universitätsmedizin Göttingen gegeben und für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke verwendet werden.

Das Eigentum an den Bioproben übertrage ich an die Universitätsmedizin Göttingen.

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Universitätsmedizin Göttingen, wie in der Information beschrieben,

- **personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, von mir erhebt und speichert,**
- **weitere personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit aus meinen Krankenunterlagen, entnimmt**
- **und die Daten gemeinsam mit meinen Bioproben pseudonymisiert (d.h. kodierte) der Zentralen Biobank UMG für medizinische Forschungsvorhaben zur Verfügung stellt.**

Meine Bioproben und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden.

Sie dürfen pseudonymisiert an Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen zu Zwecken medizinischer Forschung weitergegeben werden.

Dies schließt unter Umständen auch die Weitergabe für Forschungsprojekte in Ländern außerhalb der EU ein. Eine solche Weitergabe ist generell zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt oder behördlich genehmigte Datenschutzklauseln angewendet werden.

Eine Weitergabe meiner Bioproben und Daten in Länder außerhalb der EU, auch in den Fällen in denen kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt und keine behördlich genehmigten Datenschutzklauseln angewendet werden, ist nur möglich, wenn ich dem gesondert zustimme.

Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden (Ziff. 7c der Information).

Geltungsdauer meiner Einwilligung

Meine Einwilligung in die Erhebung von Patient*innendaten und in die Gewinnung von Bioproben bei Aufenthalt in der Universitätsmedizin Göttingen gilt für einen Zeitraum von **fünf Jahren** ab meiner Einwilligungserklärung. Sollte ich nach Ablauf von fünf Jahren wieder in der Universitätsmedizin Göttingen vorstellig werden, kann ich erneut meine Einwilligung erteilen. Die Nutzung der von mir erhobenen Daten und gewonnenen Bioproben bleibt über diesen Zeitraum hinaus zulässig (Punkte 1 und 3 der Information).

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann (Ziff. 11 der Information).

Ich willige ein, dass meine Bioproben und Daten für die medizinische Forschung genutzt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
--	-----------------------------	-------------------------------

i *Automatisierte Verarbeitung · Um eine komplikationsfreie Erfassung zu gewährleisten, markieren Sie zutreffende Optionen (Kästchen) bitte deutlich! Bei Korrekturbedarf, verwenden Sie bitte einen neuen Aus-/Vordruck.*

Falls ja, willige ich ebenfalls dazu ein, dass...

▶ meine Patient*innendaten in Länder, bei denen von der Europäischen Kommission <u>kein</u> angemessenes Datenschutzniveau festgestellt wurde, übermittelt werden dürfen.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
---	-----------------------------	-------------------------------

▶ ich ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde zum Zweck der...

a) Gewinnung weiterer Informationen / Bioproben,	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
b) Einholung meiner Einwilligung in die Verknüpfung mit medizinischen Daten aus anderen Datenbanken,	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
c) Rückmeldung für mich wichtiger gesundheitsrelevanter Ergebnisse.	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Diese Rückmeldung erfolgt ggf. über die Einrichtung, in der meine Bioproben/Daten gewonnen wurden - oder - über folgende/-n Ärztin/Arzt (sofern gewünscht, bitte angeben):

Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes:

.....

Eine Kopie der Patient*inneninformation/Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt in meiner Akte.

*Hier bitte Patient*innenaufkleber aufkleben*

Patient*in
Göttingen, den _____, _____ ✕ Datum (von Patient*in einzutragen), Unterschrift

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der*des Patient*in eingeholt.	
Göttingen, den _____, _____ ✕ Datum, Unterschrift und Stempel/Name in Druckbuchstaben	Ärztin/Arzt