



Erhebung chronischer postoperativer Schmerzen nach Operationen im Rahmen des Forschungsprojektes *QUIPS*

Patienteninformation

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin!

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an unserer Patientenbefragung! Zusätzlich zu Ihren heutigen Angaben würden wir Sie gern in sechs und zwölf Monaten noch einmal zu Ihrem Befinden befragen, um unsere Schmerztherapie nach Operationen weiter verbessern zu können. Diese Nachbefragung erfolgt online oder telefonisch.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Nachbefragung sind ein Computer mit Internetzugang und eine E-Mail-Adresse; alternativ ist auch eine telefonische Nachbefragung möglich. Wir schicken Ihnen nach sechs und zwölf Monaten eine E-Mail mit einem Link, der Sie auf eine Dateneingabemaske führt. Dort können Sie dann Ihre Angaben machen. Falls Sie keine E-Mail Adresse angegeben haben, kontaktieren wir Sie telefonisch. Wir versichern Ihnen, dass wir weder Ihre E-Mail-Adresse noch Ihre Telefonnummer zusammen mit Ihren Daten speichern werden, sodass die Anonymität Ihrer Angaben zuverlässig gewährleistet ist. Ihre E-Mail-Adresse/Telefonnummer wird nach der zweiten Befragung gelöscht und wird keinesfalls an Dritte weitergegeben. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff gesichert. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen Ihr Einverständnis widerrufen und die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Falls Sie sich bereit erklären, an dieser Nachbefragung teilzunehmen, nennen Sie uns bitte Ihre E-Mail-Adresse (oder - falls nicht verfügbar - Ihre Telefonnummer):

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Sie werden in diese Nachbefragung also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Ihre Behandlung, insbesondere die Schmerztherapie während und nach der Operation, hängt nicht von der Studienteilnahme ab.



Einverständnis

„Erhebung von chronischen Schmerzen nach Operationen im Rahmen des Forschungsprojektes QUIPS“

Ich, _____, bestätige durch meine Unterschrift, dass ich mich mit der Durchführung der Datenerhebung gemäß des oben beschriebenen Versuchsablaufs einverstanden erkläre.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Befragung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile für meine medizinische Behandlung entstehen.

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser klinischen Prüfung personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der klinischen Prüfung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der klinischen Prüfung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser klinischen Prüfung personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden.
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Prüfung mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden, wie es auch bei der Prüfung von Arzneimitteln gesetzlich vorgeschrieben ist. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Ein Exemplar der Patienteninformation und -einwilligung habe ich behalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des **Patienten**