



Erhebung postoperativer Schmerzen im Rahmen des Forschungsprojektes *QUIPS*

Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir führen an dieser Klinik eine Befragung zu gesundheitlichen Beschwerden nach Operationen durch. Dazu bitten wir Sie, einen Fragebogen auszufüllen. Wenn Sie zustimmen, werden wir neben dem von Ihnen ausgefüllten Fragebogen noch Ihre demographischen Daten, Operation und Behandlung erheben.

Ziel der Befragung ist die Verbesserung der Schmerztherapie. Die Daten werden als Qualitätssicherungs-Werkzeug für Ihre Klinik benutzt. Außerdem werden die Daten als Grundlage für wissenschaftliche Untersuchungen zur Schmerztherapie verwendet.

Ihre Teilnahme an dieser Untersuchung ist freiwillig. Sie werden in diese Befragung also nur dann einbezogen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Ihre Angaben werden den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und dem Pflegepersonal nicht zugänglich gemacht und anonymisiert eingegeben, d. h. Ihr Name wird nicht gespeichert. Falls Sie sich nicht zu einer Teilnahme entschließen können, hat das keine Auswirkungen auf Ihre weitere Behandlung.



Einverständnis

Erhebung postoperativer Schmerzen im Rahmen des Forschungsprojektes „QUIPS“

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

Datenschutz:

Mir ist bekannt, dass bei dieser Erhebung personenbezogene Daten 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 Erhebung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Erhebung teilnehmen.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Erhebung 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 Erhebung 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 Krankenhaus.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift des **Patienten**