

Einwilligungserklärung zur Aufbewahrung und Weiterverwendung von biologischem Material und von Daten für die biomedizinische Forschung



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Während eines Arztbesuches oder Spitalaufenthalts werden Ihnen häufig Flüssigkeiten (Blut, Harn oder andere Körperflüssigkeiten), Zellen oder Gewebeproben für Untersuchungen entnommen. Oft werden nicht die gesamten Proben für die Diagnose und Therapie benötigt. Dieses Material ist sehr wertvoll für die biomedizinische Forschung.

Wir bitten Sie, uns mit dem vorliegenden Formular die Einwilligung dafür zu geben, dass die Ihnen entnommenen Proben und Daten in der SCQM Biobank aufbewahrt und für biomedizinische Forschung weiterverwendet werden dürfen.

Weitere Information zur Weiterverwendung von Proben und von Daten für die biomedizinische Forschung finden Sie in der ergänzenden Patienten Informationsbroschüre.

Einwilligung
<p>Ich willige hiermit ein, dass</p> <ul style="list-style-type: none">- meine Proben/Daten aufbewahrt werden, bis ich diese Einwilligung widerrufe;- meine Proben/Daten, ohne dass ich darüber im konkreten Fall informiert werde und ohne dass dazu meine Einwilligung nochmals eingeholt werden muss, für zurzeit unbestimmte biomedizinische Forschungsprojekte genutzt werden dürfen,<ul style="list-style-type: none">- wenn das Forschungsprojekt – sofern das anwendbare Recht die Bewilligungspflicht vorsieht – von der zuständigen Forschungsethikkommission bewilligt worden ist und- wenn die Proben/Daten vor der Weitergabe so anonymisiert werden, dass die Beteiligten am Forschungsprojekt nicht wissen, von wem die Proben/Daten stammen,- meine Proben/Daten an andere Biobanken weitergegeben werden dürfen,<ul style="list-style-type: none">- wenn gewährleistet ist, dass sie mindestens dieselben Standards für die Aufbewahrung in der Biobank einhalten, und- wenn die Verantwortlichen der empfangenden Biobanken sich verpflichtet haben, bei der Weitergabe für Forschungsprojekte oder an andere Biobanken dieselben Voraussetzungen einzuhalten.
<p>Ich bin einverstanden, dass die vorliegende Einwilligung über meinen Tod hinaus gilt.</p>
<p>Ich bestätige, dass</p> <ul style="list-style-type: none">- ich hinreichend über die Aufnahme und Weiterverwendung von Proben und Daten für die biomedizinische Forschung informiert wurde.- ich die Möglichkeit hatte, Fragen zu stellen und allfällige Fragen zu meiner Zufriedenheit beantwortet wurden;- ich darüber informiert wurde, dass meine Einwilligung freiwillig ist, dass mir also keine Vor- und Nachteile entstehen, wie ich mich auch entscheide.
<p>Informationen über die SCQM Biobank und meine Rechtsansprüche erhalte ich von: SCQM Foundation, Aargauerstrasse 250, 8048 Zürich Tel. 043 268 55 77, Fax 043 268 55 79, E-mail: scqm@hin.ch, www.scqm.ch</p>
<p>Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____ Ort, Datum: _____</p> <p>Rechtsgültige Unterschrift oder der berechtigten Vertretungsperson: _____</p> <p>Der Patient / die Patientin wurde von mir über Wesen, Bedeutung und Ziele der SCQM Biobank informiert und darauf hingewiesen, dass er /sie seine / ihre Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.</p> <p>Ort, Datum: _____ Name und Unterschrift des Arztes: _____</p>