



# THERAPIESTUDIEN DER AKUTEN LYMPHATISCHEN LEUKÄMIE DES ERWACHSENEN



## Lebensqualität und medizinische Spätfolgen bei Langzeitüberlebenden nach akuter lymphatischer Leukämie des Erwachsenen

### Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Bei wissenschaftlichen Studien werden persönliche Daten und medizinische Befunde über Sie erhoben. Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie folgende freiwillige Einwilligung voraus:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten einschließlich von Namen und Geburtsdatum (personenbezogene Daten) auf Fragebögen an die Studienzentrale in Frankfurt weitergeben werden. Die Daten werden dort auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ausgewertet. Die personenbezogenen Daten werden aber keinesfalls an Dritte weitergegeben. Auch die behandelnden Ärzte erhalten keine personenbezogenen Ergebnisse. Alle Auswertungen und Veröffentlichungen erfolgen mit anonymisierten Daten.

Die Mitarbeiter der Studienzentrale in Frankfurt unterliegen der Schweigepflicht.

---

Patient

Datum

Unterschrift



# THERAPIESTUDIEN DER AKUTEN LYMPHATISCHEN LEUKÄMIE DES ERWACHSENEN



## Lebensqualität und medizinische Spätfolgen bei Langzeitüberlebenden nach akuter lymphatischer Leukämie des Erwachsenen

### Einverständniserklärung zur Teilnahme

Name des Patienten (in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich bereit, an der o.g. Fragebogen-Erhebung teilzunehmen.

Ich habe den Text der Patienteninformation und dieser Einverständniserklärung gelesen und verstanden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und vollständig beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden.

Eine Kopie der Patienteninformation, dieser Einverständniserklärung sowie der Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz behalte ich bei meinen Unterlagen. Das Original verbleibt beim Arzt bzw. der GMALL-Studienzentrale.

\_\_\_\_\_  
Patient

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte beide Blätter unterschreiben und im frankierten Rückumschlag  
zurückschicken. Vielen Dank!