



## Befragung zur Lebensqualität bei ALL Patienten

### 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



**Befragung zur Lebensqualität bei ALL Patienten**

## Information und Einwilligungserklärung zum Datenschutz

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Daten in der GMALL-Studienzentrale auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und ausgewertet werden. 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

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