

Einverständniserklärung

bitte doppelseitig und zweifach ausdrucken und mitbringen

Sollte bei Ihnen ein Ergebnis aus dem Schnelltest oder RheumaCheck positiv sein, möchten wir Ihnen für weitere Antikörperbestimmung ein Röhrchen (10 ml) Blut, aus dem wir Serum herstellen, aus einer Vene abnehmen. Die Antikörperbestimmung aus dem Serum wird allerdings erst nach dem Ende der gesamten Truck Tour, d.h. ab Oktober 2013 vorgenommen. Wenn Sie das Ergebnis unserer Analysen erfahren möchten, benötigen wir Ihre Adresse.

Einwilligung zum Datenschutz

Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen des Rheuma Truck Projekts erhobene Daten in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern im Universitätsklinikum Düsseldorf, Poliklinik für Rheumatologie, Kooperatives Rheumazentrum Rhein-Ruhr e.V., Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf aufgezeichnet und gespeichert werden. Die Blutproben dürfen pseudonymisiert (verschlüsselt) an das Labor der Firma Protagen in Dortmund weitergegeben und für laborchemische Untersuchungen zur Prognoseabschätzung (z.B. Antikörper gegen citrullinierte Eiweiße) verwendet werden.

Bitte ankreuzen Ja Nein

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht und die Blutprobe/das Serum vernichtet. Bereits anonymisierte Daten sind jedoch von der Löschung ausgeschlossen, da sie nicht mehr auf Ihre Person zurückführbar sind. Für einen Widerruf wenden Sie sich an das Kooperative Rheumazentrum Rhein-Ruhr e.V., Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf.

Bitte ankreuzen Ja Nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Blutprobe/das Serum und Daten nach Beendigung des Rheuma Truck Projekts 10 Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht und die Blutprobe/das Serum vernichtet.

Bitte ankreuzen Ja Nein

Datenschutzerklärung

Wenn Sie sich entscheiden, uns Ihre persönlichen Daten zu überlassen, behandeln wir diese Informationen gemäß der geltenden Datenschutzgesetze. Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß § 4 Abs. 1 des Datenschutzgesetzes NRW und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) gespeichert. Wir verpflichten uns, personenbezogene Daten sorgfältig, d.h. ausschließlich für die angezeigten Zwecke zu verwenden. Wir teilen niemandem Ihre Kontaktinformationen mit. Ihre Daten werden nicht für Werbezwecke verwendet.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten entsprechend der o.g. Regularien gespeichert werden.

RWE-Rheuma Truck-Aktionscode:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG – Aufklärung – Venöse Blutentnahme

Risiken bei der Blutentnahme:

Wie zu einer Routineblutentnahme werden Ihnen unter sterilen Bedingungen 10 ml Blut aus einer peripheren Vene entnommen. Die Risiken einer Blutentnahme sind: Lokale Infektion ("bakterielle Entzündung, Vereiterung"), Fehlpunktion der Vene und anschließende Ausbildung eines Blutergusses (Hämatom), sehr selten Fehlpunktion einer Schlagader, Schädigung eines Hautnervs mit der möglichen Folge dauerhafter Schmerzen und/oder bleibender Funktionseinschränkungen. Alle oben genannten Risiken sind extrem selten.

Ich bin ausführlich und verständlich über Art und Tragweite im Vorfeld der Untersuchung (per Intranet oder schriftlich) aufgeklärt worden. Ferner habe ich die Einverständniserklärung durchgelesen.

bitte kreuzen Sie alle Aussagen an, denen Sie zustimmen

- Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit zur Entscheidung, bevor ich meine Entscheidung zur Teilnahme an dieser Untersuchung getroffen habe, meine Fragen sind ausreichend und verständlich beantwortet worden.
- Eine Kopie dieser Informationen zum Truckprojekt und dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.
- Ich erkläre mich bereit, an dem Blutschnelltest der RheumaCheck-Analyse teilzunehmen.
- Ich erkläre mich zu einer venösen Blutabnahme bereit

bitte ankreuzen

- Ja, ich bin damit einverstanden, dass man mich kontaktiert, um mir das Ergebnis laborchemischen Analyse mitzuteilen
- Nein, ich möchte nicht kontaktiert werden

Name/ Unterschrift: _____ Ort/Datum ____

Straße, PLZ, Ort: _____

Gegengezeichnet: Kooperatives Rheumazentrum Rhein-Ruhr e.V. _____