

Patienteneinverständniserklärung:

zur Registrierung von Daten in einem nationalen, österreichischen Gastro - Intestinalen - Stroma Tumor Register und zur Auswertung und Präsentation der Daten in anonymisierter Form im Rahmen von nationalen und internationalen medizinischen Veranstaltungen.

Unter der Leitung der Clinical Trial Unit Wels der Akademie für Gesundheit und Bildung der Kreuzschwestern Wels Gmbh (CTU Wels) werden Daten von Patienten/innen, bei denen ein gastro - intestinaler - Stroma Tumor (GIST) diagnostiziert wird, in einer elektronischen Datenbank gesammelt und registriert. Die zentrale Registrierung dieser Daten soll einerseits der Weiterentwicklung von Forschung und Therapie, andererseits aber auch der Verbesserung der Qualität in der Patientenbetreuung dienen. An persönlichen Daten werden der Patientennamen und das Geburtsdatum eingegeben, alle anderen Eingaben beziehen sich auf etwaige frühere Erkrankungen bzw. die aktuelle Erkrankung an einem GIST, bezogen auf Diagnose, Therapie und Nachsorge.

Ihre Daten werden von dem Sie behandelnden Krankenhaus an uns weitergeleitet und von uns registriert. Um die Richtigkeit der Daten zu überprüfen, dürfen Beauftragte der Leitung des Registers Einblick in Ihre personenbezogene Krankenakte nehmen. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzes beachtet. Im Falle einer Publikation der Datenanalyse, erfolgen Angaben zur Person bzw. zur Erkrankung selbst in **anonymisierter Form**.

In der Verordnung (EG) Nr. 45/2001 des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 18. Dezember 2000 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Organe und Einrichtungen der Gemeinschaft und zum freien Datenverkehr sind diese Punkte genau definiert, um Ihre Privatsphäre zu bewahren. Damit wir Ihre Daten bezogen auf Ihre Erkrankung zentral registrieren können, benötigen wir in Kenntnis dieser Verordnung die Einwilligung der betroffenen Person. Aus diesem Grund bitten wir Sie um Ihre schriftliche Zustimmung mittels Unterschrift.

Ich Frau/ Herr.....
(Patient, Erziehungsberechtigter, Sachwalter) wurde ausreichend über die Wichtigkeit und den Sinn einer zentralen Registrierung der Daten in Zusammenhang mit meiner Erkrankung informiert. Im Rahmen des Gespräches konnte ich alle Fragen zum Register stellen. Ich erkläre mich mit der zentralen Registrierung und der anonymen Auswertung der gesammelten Daten und der entsprechenden Präsentation zu medizinisch – wissenschaftlichen Zwecken einverstanden. Eine Kopie dieser Patienteninformation bzw. Einverständniserklärung habe ich erhalten, - das unterzeichnete Original verbleibt bei einer der Kontaktpersonen des Registers.

.....
Unterschrift des Patienten/ der Patientin Unterschrift des Arztes/ der Ärztin
(Erziehungsberechtigter/Sachwalter)

.....
Ort, Datum

GIST-Register Koordinatoren:

Univ. Doz. Dr. Thomas Kühr, PMPH
E-Mail: thomas.kuehr@klinikum-wegr.at
Tel.: 0043-7242-415-3451

Dr. Gudrun Piringer
E-Mail: gudrun.piringer@klinikum-wegr.at

*Abteilung für Innere Medizin IV
Schwerpunkte Hämatologie und Internistische Onkologie
Nephrologie und Dialyse
Palliativmedizin und Remobilisation/Nachsorge
Grießkirchner Strasse 42
A - 4600 Wels*