

Apotheke
Direktorin Prof. Dr. Irene Krämer
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
Telefon: +49 (0) 6131 17-5127
Telefax: +49 (0) 6131 17 -5525

Einwilligungserklärung

Vernetzte Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) mit dem elektronischen Medikationsplan in Rheinland-Pfalz

Ich erkläre mich bereit an der o.g. Studie freiwillig teilzunehmen.

Ich bin in einem persönlichen Gespräch ausführlich und verständlich über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie aufgeklärt worden. Ich hatte die Gelegenheit zu einem Beratungsgespräch. Alle meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet, ich kann jederzeit neue Fragen stellen.

Ich habe darüber hinaus den Text der Studienaufklärung gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich), ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich habe verstanden und bin damit einverstanden, dass meine studienbezogenen Gesundheitsdaten pseudonymisiert (d.h. kodiert ohne Angaben von Namen, Anschrift, Initialen oder Ähnliches) erhoben, auf Datenträgern gespeichert und von der Apotheke der Universitätsmedizin Mainz ausgewertet werden. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungsfristen vorsehen, werden meine Daten spätestens 10 Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Weitergabe an Dritte einschließlich Publikation erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d.h. kann nicht meiner Person zugeordnet werden.

Für den Fall, dass ich die Studienteilnahme widerrufe, werden meine bereits erhobenen personenbeziehenden Daten zum frühestmöglichen Zeitpunkt anonymisiert.

Ein Exemplar der Studieninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden.

Name des Patienten

Anschrift und Telefonnummer des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Teilnehmers eingeholt.

Name des aufklärenden Apothekers in Druckbuchstaben Ort, Datum

Unterschrift Apotheker