

GestaltMatcher Forschungsstudie und GestaltMatcher Datenbank

Einwilligungserklärung

Betroffene Person

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich habe das Informationsmaterial über GestaltMatcher gelesen, bzw. es wurde mir vorgelesen. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen dazu zu stellen, und alle Fragen, die ich gestellt habe, wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich willige [für mein Kind; für die von mir gesetzlich vertretene Person] freiwillig in die Teilnahme an dieser Studie ein. Ich bin darüber informiert worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs der Einwilligung werden alle zuordenbaren Daten gelöscht, und diese Entscheidung wird sich in keiner Weise negativ auf mich auswirken.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Fotos und Daten in der GestaltMatcher Datenbank (GMDB) gespeichert werden und damit für Trainingszwecke der künstlichen Intelligenz genutzt werden können. Die hochgeladenen Daten sind dann nur für mich und den hochladenden Arzt bzw. die hochladende Ärztin sichtbar.

Darüber hinaus bitten wir Sie, zutreffende Punkte anzukreuzen:(Siehe auch Studieninformation, S. 3)

- 1) Ich stimme dem Zugriff auf die Fotos und nicht-personenbezogenen Daten in der GMDB durch medizinisches Fachpersonal anderer Institutionen zu. Damit können die Daten auch von anderen Institutionen für Ähnlichkeitsvergleiche ihrer Patientinnen und Patienten sowie zum Training von Algorithmen künstlicher Intelligenz verwendet werden. Obwohl diese Fotos ohne identifizierende Informationen, wie z.B. meinen Namen, verwendet werden, verstehe ich, dass mich möglicherweise jemand erkennt.

Ja / Nein

- 2) Ich bin damit einverstanden, dass die von mir bzw. meinem Kind in der GMDB veröffentlichten Fotos zu Lehr- und Ausbildungszwecken genutzt werden dürfen. Dies umfasst die Ausbildung von Medizinstudierenden sowie Assistenzärztinnen und -ärzten.

Ja / Nein

- 3) Ich bin damit einverstanden, dass meine Bilder und Daten zusätzlich in anonymisierter Form in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift veröffentlicht werden. Meine persönlichen Daten unterliegen dabei dem Datenschutzgesetz.

Ja / Nein / Ich möchte hierfür ggf. erneut kontaktiert werden

4) An diese Studie werden sich möglicherweise wissenschaftliche Folgeuntersuchungen anschließen. Ich stimme zu, dass ich ggf. für wissenschaftliche Folgeuntersuchungen erneut kontaktiert werde:

Ja / Nein

Im Falle der Zustimmung zu einer Rekontaktierung für die Veröffentlichung in Fachzeitschriften oder für wissenschaftliche Folgeuntersuchungen, bitten wir Sie Ihre Kontaktdaten zu hinterlassen:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten und/bzw. der/des Sorgeberechtigten
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ggf. bei geteiltem Sorgerecht:

Ort, Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Studienteilnehmer/in über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der aufklärenden Studienarztes/-ärztin

Wenn Sie noch weitere Fragen haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf:

info@gestaltmatcher.org

Prof. Dr. med. Peter Krawitz

Leiter am Institut für Genomische Statistik und Bioinformatik

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Gen-Diagnostik e.V.

Universitätsklinikum Bonn

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

web: <http://www.igsb.uni-bonn.de>