

Schriftliche Einverständniserklärung der Versuchsperson zur Teilnahme an einem klinischen Versuch

- Bitte lesen Sie dieses Formular sorgfältig durch.
- Bitte fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wissen möchten.

Angaben zum klinischen Versuch

Titel des klinischen Versuchs: Ausschluss einer Lungenentzündung	
Nummer des klinischen Versuchs: EK-1317*	
Ort des klinischen Versuchs: Hausarztpraxen und Notfallstationen im Kanton Zürich	
Prüfarzt , Name und Vorname:	
Versuchsperson , Name und Vorname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht:

Erklärung

- Ich wurde vom unterzeichnenden Prüfer mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf des klinischen Versuchs, über die zu erwartenden Wirkungen, die möglichen Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Ich wurde über mögliche andere Behandlungen und Behandlungsverfahren aufgeklärt.
- Ich habe die schriftliche Information für Versuchspersonen „Ausschluss einer Lungenentzündung“ vom 4.8.2006 gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an diesem klinischen Versuch sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich erhalte eine Kopie meiner schriftlichen Einverständniserklärung zusammen mit der Information für Versuchspersonen.
- Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu treffen.
- Ich bin darüber informiert, dass ich für allfällige Schäden, die ich gegebenenfalls im Zusammenhang mit dem klinischen Versuch erleide, entschädigt werde. Ich wurde aufgeklärt, dass zu diesem Zweck der Studienleiter eine Versicherung bei der „Zürich Financial Services“ abgeschlossen hat.
- Ich bin einverstanden, dass die zuständigen Fachleute sowie Vertreter der Gesundheitsbehörden und der Ethikkommissionen zu Prüf- und Kontrollzwecken Einsicht in meine medizinischen Daten nehmen dürfen. Dabei wird die Vertraulichkeit dieser Daten strikt gewahrt.
- Ich nehme an diesem klinischen Versuch freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung entstehen. In diesem Fall werde ich zu meiner Sicherheit abschliessend medizinisch untersucht.

Ort, Datum	Unterschrift der Versuchsperson	
Ort, Datum	Name des Prüfers in Blockschrift	Unterschrift des Prüfers