

Mutmassliche Willensäusserung des Patienten für die Teilnahme an einer klinischen Studie durch einen Angehörigen:

Nummer der Studie:
Titel der Studie:
Sponsor:
Ort der Studie:
Prüfärztin/Prüfarzt Name und Vorname:
Patientin/Patient Name und Vorname: Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Ich wurde vom unterzeichnenden Arzt mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie sowie über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile, über eventuelle Risiken sowie über die Rechte des Patienten/ der Patientin informiert.

Ich habe die schriftliche Patienteninformation gelesen und verstanden. Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.

Ich bin darüber informiert, dass eine studienspezifische Versicherung alle Schäden deckt, die im Rahmen der Studie auftreten könnten.

Ich bin einverstanden, dass die Behörden und die Ethikkommission des Kantons St. Gallen zu Prüf- und Kontrollzwecken in die Originaldaten des Patienten Einsicht nehmen dürfen, jedoch unter strikter Einhaltung der Vertraulichkeit.

Ich bin einverstanden, dass der Prüfarzt im Interesse des Patienten/ der Patientin ihn/ sie jederzeit aus der Studie ausschliessen kann.

Nachfolgend nehme ich Stellung zum mutmasslichen Willen des Patienten in Bezug auf die Studienteilnahme:

Ja, ich bin der Meinung, dass mein Angehöriger (Patient, Patientin) sich **FÜR** eine Studienteilnahme entscheiden würde.

Nein, ich bin der Meinung, dass mein Angehöriger (Patient, Patientin) sich **GEGEN** eine Studienteilnahme entscheiden würde.

Bemerkungen:

.....

.....

.....

Name des Angehörigen (in Druckschrift)	Verwandtschaftsgrad/ Beziehung
.....

Ort, Datum	Unterschrift des Angehörigen
.....

Unterschrift des Prüfarztes	Ort, Datum
.....