UKSH, Klinik für Neurologie, Campus Kiel, Haus D, Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

**Campus Kiel**

**Klinik für Neurologie**

**Neurozentrum**

**Direktorin:** Prof. Dr. med. D. Berg

**Zugang über:** Rosalind-Franklin-Str. 10, 24105 Kiel

**Ansprechpartner: Dr. med. Jos S. Becktepe**

**Durchwahl:** 0431 500-23980

**Privatambulanz:** 0431 500-23801, **Fax:** -23804

**Chefarztsekretariat:** 0431 500-19010, **Fax:** -24028

**E-Mail: jossteffen.becktepe@uksh.de**

**Internet:** www.uksh.de/neurologie-kiel

www.uksh.de

Datum: 10.03.2021

**Einwilligungserklärung**

**Titel der Studie:**

**Einflüsse von sensorischer Afferenz und psychologischer Erregung auf die Amplitude von Zieltremor vor und nach fokussierter Ultraschall-Thalamotomie.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vor- und Nachname der Patientin/des Patienten

Ich bin ausreichend in mündlicher und schriftlicher Form über die Ziele und Methoden, die möglichen Risiken und den Nutzen der Studie informiert worden. Ich habe die Patienteninformation gelesen und den Inhalt verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, die Studie mit der Versuchsleitung (und ggf. dem an der Studie beteiligten Arzt) zu besprechen. Alle meine Fragen und Bedenken wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet bzw. geklärt und ich habe alles verstanden.

**Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Studie meine personenbezogenen Daten (*Name, Geburtsdatum, Anschrift* etc.) und im Aufklärungsprotokoll beschriebenen Daten aufgezeichnet und *pseudonymisiert* (d.h. ohne Namensnennung verschlüsselt)zur Auswertung der Ergebnisse verwendet werden. Alle im Rahmen der Studie erhobenen Daten werden strikt vertraulich gemäß dem Datenschutz behandelt.**

Einer wissenschaftlichen Auswertung der Daten und einer möglichen Veröffentlichung der vollständig anonymisierten Ergebnisse stimme ich zu.

**Ich weiß, dass meine Studienteilnahme freiwillig ist und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Zusage zur Teilnahme zurückziehen kann und mir daraus für meine weitere Behandlung keine Nachteile entstehen.**

Beim Widerruf werden auf mein Verlangen alle erhobenen Daten gelöscht, soweit zuvor keine vollständige Anonymisierung erfolgte.

Ich gebe hiermit meine freiwillige Zustimmung zur Teilnahme an dieser Studie. Eine Kopie dieser Information habe ich erhalten.

Einer wissenschaftlichen Auswertung der pseudonymisierten Daten und einer möglichen Veröffentlichung der Ergebnisse stimme ich zu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Patientin/Patient

Der Patient/die Patientin wurde von mir über Ziel, Bedeutung, Tragweite sowie etwaige Risiken der Studie aufgeklärt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Studienleitung und Name in Druckbuchstaben