

Vom Angehörigen zu unterschreiben

Einverständniserklärung – INCEPT-Thromboseprophylaxe (Angehörigen)

Stellvertretende Einwilligung zur Teilnahme an einer gesundheitswissenschaftlichen Studie

EUCT-Nummer: 2024-516208-41-00

Studientitel: The Intensive Care Platform Trial (INCEPT)

Dänischer Titel: Platformsforsøg for Intensiv Behandling (INCEPT)

Teilstudie (Domäne): INCEPT-Thromboseprophylaxe

Erklärung der Person, die die stellvertretende Einwilligung abgibt:

Ich habe mündliche und schriftliche Informationen erhalten und bin ausreichend über Ziel, Durchführung, Nutzen und Risiken der Studie informiert, um meine Einwilligung zu geben. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig ist und dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne dass meinem Angehörigen dadurch aktuelle oder zukünftige Behandlungsrechte entzogen werden.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass die unten genannte Person an diesem Forschungsprojekt teilnimmt. Ich habe ein Exemplar dieses Einverständnisformulars sowie eine Kopie der schriftlichen Studieninformation zu meiner eigenen Verfügung erhalten.

Name der/die Versuchsperson: _____

Angabe zur Beziehung zur Versuchsperson: _____

Name des/der Angehörigen, der/die stellvertretend einwilligt:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Erklärung der Studienmitarbeiterin / des Studienmitarbeiters, die/der die Information erteilt

hat: Hiermit erkläre ich, dass der Angehörige mündlich und schriftlich über die Studie informiert wurde. Nach meinem besten Wissen wurde ausreichend Information vermittelt, um eine Entscheidung über die Teilnahme der Patientin oder des Patienten zu ermöglichen.

Name der Ärztin / des Arztes, die/der die Information erteilt hat:

Datum: _____ **Unterschrift:** _____