

Titel der Forschungsstudie (*Title of the Research Study*):

Leitender Prüfarzt (*Principal Investigator*):

Zustimmung zur Teilnahme an der Forschung
Consent to Participate in Research -German

Sie werden gebeten, an einer Forschungsstudie teilzunehmen.

Bevor Sie zustimmen, muss Sie der Prüfarzt über (i) die Zwecke, Verfahren und die Dauer der Forschung, (ii) Verfahren, die noch im Versuchsstadium sind, (iii) alle vernünftigerweise vorhersehbaren Risiken, Beschwerden und Vorteile der Forschung, (iv) potenziell vorteilhafte alternative Verfahren bzw. Behandlungen und (v) darüber unterrichten, wie die Vertraulichkeit gewahrt wird.

Gegebenenfalls muss Sie der Prüfarzt auch über (i) eine verfügbare Entschädigung oder medizinische Behandlung im Fall einer Verletzung, (ii) die Möglichkeit von unvorhersehbaren Risiken, (iii) Umstände, unter denen der Prüfarzt Ihre Teilnahme aussetzen kann, (iv) für Sie anfallende zusätzliche Kosten, (v) was geschieht, wenn Sie sich entscheiden, die Teilnahme abubrechen, (vi) wann Sie neue Befunde erfahren werden, die sich auf Ihre Teilnahmebereitschaft auswirken könnten und (vii) darüber informieren, wie viele Personen an der Studie teilnehmen.

Wenn Sie der Teilnahme zustimmen, müssen Sie eine unterzeichnete Kopie dieses Dokumentes und eine schriftliche Zusammenfassung der Forschung erhalten.

Falls Sie Fragen zur Forschung haben, können Sie sich jederzeit an _____ unter der Rufnummer _____ wenden.
(*Name of contact for questions about study*) (Telephone)

Sie können sich an das Büro von Partners Human Research Committee unter der Rufnummer (617)-424-4100 wenden, falls Sie (*Name of contact for questions about rights or injury*)
(Telephone)

Fragen zu Ihren Rechten als Studienteilnehmer oder dazu haben, was Sie tun sollten, wenn Sie verletzt wurden.

Ihre Teilnahme an dieser Forschungsstudie ist freiwillig und Sie werden nicht bestraft oder verlieren Vorteile, wenn Sie Ihre Teilnahme verweigern, oder sich zu einem Abbruch entschließen.

Mit der Unterzeichnung dieses Dokumentes erklären Sie, dass Ihnen die Forschungsstudie einschließlich der obigen Informationen mündlich beschrieben wurde und dass Sie der Teilnahme freiwillig zustimmen.

Unterschrift des Teilnehmers
(*Signature of Participant*)

Datum
(*Date*)

Unterschrift des Dolmetschers
(Signature of Interpreter)

Datum
(Date)

Unterschrift eines unbeteiligten Zeugen
(Signature of Non-Interpreter Witness)

Datum
(Date)