

## ***Patientenaufklärung:***

### **Prospektive Registerstudie**

### **Mammakarzinoms des Mannes**

Lieber Patient,

Sie sind an einem bösartigen Tumor der Brust erkrankt. Dies ist sehr selten, wird aber in den letzten Jahren zunehmend häufiger beobachtet. Für diesen besonderen Fall gibt es bisher keine standardisierten Richtlinien zur Diagnostik und Therapie. Wir möchten dies ändern und haben deshalb diese Beobachtungsstudie ins Leben gerufen, um so das derzeitige diagnostische und therapeutische Vorgehen genauer beurteilen zu können.

Wenn Sie damit einverstanden sind und Ihre schriftliche Einwilligung erteilen, werden Tumorproben für weitere Untersuchungen gesammelt.

Um mehr über die Verträglichkeit der angewandten Behandlungen und den Verlauf der Erkrankung herauszufinden, möchten wir alle diese Informationen an einer zentralen Stelle anonymisiert sammeln.

**Die Therapie ist nicht Bestandteil der Untersuchung. Wir wollen lediglich Erfahrungen über den Verlauf und die jeweilige mit Ihnen besprochene Therapie sammeln.**

Die Datenerfassung wird deutschlandweit in Kliniken erfolgen und soll über 5 Jahre durchgeführt werden.

Ihre Datenweitergabe ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch ohne Angaben von Gründen, Ihre Teilnahmebereitschaft widerrufen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

#### **Datenschutz:**

**Sie müssen mit der Aufzeichnung, der im Rahmen der Behandlung an Ihnen erhobenen Krankheitsdaten, ihrer anonymisierten Verwendung z.B. für wissenschaftliche Veröffentlichungen einverstanden sein.**

## Prospektive Registerstudie

### Zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms des Mannes

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name der aufklärenden Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich bin von meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt über **den Zweck der Studie** aufgeklärt worden. **Da es zur Brustkrebserkrankung des Mannes wenige Informationen zur Diagnostik und Behandlung gibt, sollen die Krankheitsdaten dieser Patienten anonym gesammelt werden.**

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne nachteilige Folgen für meine weitere medizinische und ärztliche Versorgung.

Die mir erteilten Informationen habe ich verstanden.

Hiermit erkläre ich, dass ich der zentralen Aufbewahrung von Tumorgewebe und dessen weiteren Untersuchung zustimme:

**ja / nein**

#### **Datenschutz:**

**Ich bin mit der Aufzeichnung der im Rahmen meiner Behandlung an mir erhobenen Daten und deren anonymisierter Verwendung, z.B. für wissenschaftliche Veröffentlichungen, einverstanden.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, an der vorgenannten Studie teilzunehmen. Eine Kopie der Patienteninformation und Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/Arzt