



Charité – Universitätsmedizin Berlin per Fax übermittelt und dort in pseudonymisierter Form aufgezeichnet und ausgewertet werden. Dritte erhalten keinen Einblick in personenbezogene Unterlagen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen der Studie wird mein Name nicht genannt. Die personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Forschungszweck möglich ist. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht. Die während der Studie erhobenen anonymisierten Daten werden nach Studienabschluss für 10 Jahre aufbewahrt und danach datenschutzgerecht vernichtet.

Ich bin davon unterrichtet worden, dass diese Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen. Dabei wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Nach erfolgtem Widerruf kann ich bis zum Zeitpunkt der Anonymisierung der Daten entscheiden, ob die von mir erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen.

Ich bin über mein Recht zur Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung sowie über mein Widerspruchs- und Beschwerderecht aufgeklärt worden. Mir ist bekannt, dass ich mich bei Fragen bzgl. der studienbedingten Erhebung meiner personenbezogenen Daten an den verantwortlichen Studienleiter wenden kann:

Dr. med. R. N. Werner (Stellvertreter: Prof. Dr. med. A. Nast)  
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin  
Tel.: 030 / 450 518313  
Fax.: 030 / 450 7518977  
Email: debm01@charite.de

Sollte der Verantwortliche für die studienbedingte Erhebung der personenbezogenen Daten Ihnen nicht weiterhelfen können, habe ich die Möglichkeit auch mit der Stabsstelle Datenschutz der Charité Kontakt aufzunehmen (Tel: +49 30 450 580 016 oder E-Mail: [datenschutz@charite.de](mailto:datenschutz@charite.de)). Unabhängig davon, ist mir bekannt, dass es mir freisteht, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und auch das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde habe, wenn ich der Ansicht bin, dass die Verarbeitung meiner Daten datenschutzrechtlich nicht zulässig ist.

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Friedrichstraße 219, 10969 Berlin  
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de  
Tel.: +49 30 13889-0

Für die Zwecke der Studie ist es erforderlich, dass uns Ihre behandelnden Ärzte Ihren Off-label-Antrag und die sich darauf beziehende Folgekorrespondenz mit Ihrer Krankenkasse zusenden. Wir möchten Sie bitten, einer Weitergabe dieser Daten an die Studienleitung zuzustimmen und Ihre behandelnden Ärzte insoweit von der Schweigepflicht zu entbinden. Die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie jederzeit widerrufen.

**Ich erkläre, dass ich freiwillig bereit bin, an der wissenschaftlichen Studie „Off-Label Behandlungen in der Dermatologie“ teilzunehmen.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden,**

- 1. dass meine für den Zweck der o.g. Studie nötigen personenbezogenen Daten durch meine behandelnde Ärztin / meinen behandelnden Arzt per Fax an die Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin weitergeleitet und dort aufgezeichnet und verarbeitet werden, auch auf elektronischen Datenträgern;**
- 2. dass die Studienergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden;**

\_\_\_\_\_, den .....  
Datum und Unterschrift der Teilnehmerin / des Teilnehmers

\_\_\_\_\_, den .....  
Datum und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (bei Kindern jedes sorgeberechtigten Elternteils) /Betreuers

---

**Hiermit erkläre ich, den/die Teilnehmer/in am ..... (Datum) über Wesen, Bedeutung und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt, alle Fragen beantwortet und ihm/ihr eine Kopie der Studieninformation und der Einwilligungserklärung übergeben zu haben.**

**Kontakt des aufklärenden Studienarztes für eventuelle Rückfragen:**

Name, Vorname(n): \_\_\_\_\_  
(Dienst-)Telefon: \_\_\_\_\_  
(Dienst-)Email: \_\_\_\_\_  
Klinik / Krankenhaus: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den .....  
Ort Datum und Unterschrift des aufklärenden Studienarztes

---

**Bitte per Fax an: 030 450 7518977**