|  |  |
| --- | --- |
| UNIVERSITÄTSKLINIKUM DES SAARLANDES |  |
| Klinik für Augenheilkunde Lehranstalt für Orthoptisten / Lions Hornhautbank www.uniklinikum-saarland.de/augenklinik |  Direktor  Prof. Dr. med. Berthold Seitz |  |

**Hochschulambulanz**

Telefon: 06841-162 2304

Telefax: 06841-162 2830

augenklinik.poliklinik@uks.eu

**Spezial-Sprechstunden**

Mo: Konservative Retinologie/
Makula

Di: Glaukome

Mi: Hornhaut/Sicca

Do: Vitreoretinale Chirurgie/
Uveitis, Refraktive Chirurgie

Fr: Lider/Tränenwege/
Orbita/Botulinumtoxin

**Sa: Refraktive Chirurgie**

Mo – Fr: Katarakte

Mo – Fr: Allgemeine Augenheilkunde

Mo – Fr: Lasertherapie

##### Notfälle jederzeit

**Privatambulanz**

Telefon: 06841-162 2465

Telefax: 06841-162 2350

augenklinik.privatambulanz@uks.eu

#### Operationstermine

**Ambulant / Refraktive Chirurgie**

Telefon: 06841-162 2335

Telefax: 06841-162 2488

augenklinik-aoz@uks.eu

#### Operationstermine

**Stationär**

Telefon: 06841-162 2330

Telefax: 06841-162 1235

austat.termine@uks.eu

**Kinder- und Neuroophthalmologie**

**Lehranstalt für Orthoptisten**

Telefon: 06841-162 2312

Telefax: 06841-162 2487

augenklinik.sehschule@uks.eu

**Kontaktlinsen**

Telefon: 06841-162 2323

Telefax: 06841-162 2324

augenklinik.kontaktlinsen@uks.eu

**LIONS-Hornhautbank**

Telefon: 06841-162 2353

Telefax: 06841-162 2486

lions.hornhautbank@uks.eu

#### Gesch. Pflegedienstleitung

Telefon: 06841-162 4790

Telefax: 06841-162 4814

reinhard.suess@uks.eu

**DRG-Dokumentation**

Telefon: 06841-162 2339

Telefax:06841-162 1213

agnes.sachs@uks.eu

**Oberarzt- u. Studentensekretariat**

Telefon: 06841-162 2302

Telefax: 06841-162 2479

alfreda.zaech-welsch@uks.eu

##### Direktion-Sekretariat

Telefon: 06841-162 2387/2388

Telefax: 06841-162 2400

berthold.seitz@uks.eu

***Verein zur Förderung
der Augenheilkunde***

Telefon: 06841-162 1240

Fax: 06841- 162 1241

laura.koennel@uks.eu

 Homburg, 15.11.116



|  |  |
| --- | --- |
| Universitätsklinikum des Saarlandes, UKSKirrberger Straße 100, Gebäude 2266421 Homburg/Saar |  |

|  |
| --- |
| Zur Information für die Studienpatienten |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ansprechpartner: | Durchwahl: | E-Mail: | Datum: |
| Loay Daas | 06421/1622387 | Loay.Daas@uks.eu | 15.11.2016 |
|  |  |  |  |

**Patienteninformation**

**"Deutsches Akanthamöbenkeratitis-Register"**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich freundlicherweise bereit erklärt, die Daten aus Ihrer Krankengeschichte für unsere Fallsammlung (=Register) zur Verfügung zu stellen. Wir möchten uns an dieser Stelle für diese Bereitschaft bedanken.

Eine Infektion der Hornhaut durch Akanthamöben (= Akanthamöbenkeratitis) ist ein verhältnismäßig seltenes, aber sehr ernst zu nehmendes Krankheitsbild, das die Sehkraft des betroffenen Auges bedrohen kann. Die Behandlung gestaltet sich oft sehr langwierig und schwierig. In nicht wenigen Fällen ist eine operative Therapie notwendig. In den letzten Jahren fiel eine Häufung der Akanthamöbenkeratitis Fälle auf. Das Deutsche Akanthamöbenkeratitis-Register soll die Informationen zu dem Verlauf der Infektionen, Risikofaktoren (z.B.: Hat der Patient

Kontaktlinsen getragen? War der Patient mit Kontaktlinsen baden), Komplikationen und Informationen zur Behandlung sammeln.

Wir erhoffen uns von einer solchen Datensammlung Erkenntnisse darüber, wie man sich vor solchen Infektionen schützen kann und wie sie am besten diagnostiziert und behandelt werden können. Für unser Register werden Krankenakten ausgewertet, ggf. weitere Informationen im persönlichen Gespräch abgefragt und die Daten in pseudonymisierter Form (d.h. sie werden mithilfe eines Kürzels verschlüsselt und können nur von ausgewählten Personen dem individuellen Patienten zugeordnet werden) in eine Datenbank eingegeben, die eine Analyse von Häufigkeit und Verlauf erlaubt. Für die Datenextraktion benötigen wir die Krankenakte bzw. Informationen daraus.

Da Krankenakten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, sind diese Informationen für uns nur zugänglich, wenn wir die Patienten auch selber betreuen. Patienten, die auswärts betreut werden, aber ihre Daten unserer Fallsammlung zur Verfügung stellen, müssen die behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbinden. **Aus diesem Grund bitten wir diese Patienten um eine Erklärung zur Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht**. Wir versichern, dass wir nur die relevanten Informationen für unser Projekt aus der Krankenakte entnehmen und dass die Daten entsprechend vertraulich behandelt werden. Gegebenenfalls kann es auch erforderlich sein, Sie direkt zu befragen, da für unsere Datensammlung wichtige Informationen oft nicht standardmäßig erfasst werden und somit nicht in den Krankenakten stehen.

Eine Veröffentlichung der Daten zum Beispiel in einem wissenschaftlichen Manuskript geschieht nur in einer Form, die einen Rückschluss auf die individuelle Person nicht zulässt. Für den Fall, dass Sie sich nach erteilter Einwilligung anders entscheiden und Ihre Daten doch nicht zur Verfügung stellen möchten, **können Sie Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen**. Ihre Daten werden dann aus dem Register gelöscht.

Bei Rückfragen stehen Ihnen die unten genannten Ansprechpartner jederzeit gerne zur Verfügung.

Noch einmal möchten wir uns bei Ihnen für Ihre Bereitschaft, unser Register zu unterstützen, bedanken.

Prof. Dr. Berthold Seitz Loay Daas

Direktor der Augenklinik Assistenzarzt

Patienten Nummer:

**„Deutsches Akanthamöbenkeratitis-Register“**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mir ist bekannt und ich bin einverstanden, dass bei dieser Studie personenbezogene Daten, insbesondere medizinische Befunde, über mich erhoben, gespeichert und ausgewertet werden sollen. Die Verwendung der Angaben über meine Gesundheit erfolgt nach gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor der Teilnahme an der Studie folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, d.h. ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Studie teilnehmen.

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, erhoben, in Papierform oder auf elektronischen Datenträgern in der Universitätsklinikum des Saarlandes, UKS aufgezeichnet und gespeichert werden.

☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung in die Aufzeichnung, Speicherung und Verwendung meiner Daten jederzeit widerrufen kann. Bei einem Widerruf werden meine Daten unverzüglich gelöscht.

☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie 10 Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit dem nicht gesetzliche, satzungsgemäße oder vertragliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort) (Datum) (Patient)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ort) (Datum) (Prüfer)