



Universitätsklinikum des Saarlandes, UKS
Kirrberger Straße 100, Gebäude 22
66421 Homburg/Saar

Homburg, 15.11.116



Zur Information für die Studienpatienten

Ansprechpartner:
Loay Daas

Durchwahl:
06421/1622387

E-Mail:
Loay.Daas@uks.eu

Datum:
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 zunehmendes 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

Hochschulambulanz

Telefon: 06841-162 2304
Telefax: 06841-162 2830
augenklunik.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
augenklunik.privatambulanz@uks.eu

Operationstermine

Ambulant / Refraktive Chirurgie
Telefon: 06841-162 2335
Telefax: 06841-162 2488
augenklunik-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
augenklunik.sehschule@uks.eu

Kontaktlinsen

Telefon: 06841-162 2323
Telefax: 06841-162 2324
augenklunik.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

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
Direktor der Augenklinik

Loay Daas
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)

