

**Teilnahmeerklärung der behandelnden Praxen und Kliniken
zum deutschlandweiten Register und zur Biomaterialbank für reifzellige systemische
T-Zell Lymphome der German Lymphoma Alliance (GLA) und der Ostdeutschen
Studiengruppe Hämatologie Onkologie (OSHO)**

Anschrift T-Zell Lymphom Register und Biomaterialbank Universitätsklinikum Halle (Saale) Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Klinik für Innere Medizin IV Ernst-Grube-Str. 40 06120 Halle	Administrative Ansprechpartner Frau Edemir: 0345-557-3170 Frau Kleinbauer: 0345-557-1954 Fax: 0345-557-2229 E-Mail: tnhl.register@uk-halle.de
---	---

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich mich bereit, mit meiner Praxis/ Klinik im Rahmen von T-NHL Register und Biomaterialbank der GLA und OSHO mitzuarbeiten. Um eine Datensammlung mit hoher Aussagekraft und Qualität zu erreichen, strebe ich eine regelmäßige Meldung von Patienten mit T-NHL an, die in meinem Zentrum behandelt werden.

Mir ist bewusst, dass

- durch die Teilnahme am Register keine bindende Therapiestrategie vorgegeben ist, die Wahl der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der Aufklärung des Patienten darüber in meiner eigenen Verantwortung liegen.
- die Patienten über die Weitergabe Ihrer Daten an das T-NHL Register informiert werden müssen und ihre schriftliche Zustimmung erforderlich ist.
- Die Patienten über die Weitergabe ihrer Biomaterialien an die T-NHL Biomaterialbank informiert werden müssen, ihre schriftliche Zustimmung zur Teilnahme an der Biomaterialbank und zur Übertragung der Eigentumsrechte an Ihren Biomaterialien an die T-NHL Biomaterialbank erforderlich ist.
- das Protokoll der örtlichen Ethikkommission/Regierungsbehörde entsprechend den Regularien der einzelnen Ärztekammern/Bundesländer vorgelegt werden muss. Dabei unterstützt Sie gern die Registerzentrale.
- Formulare zu Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung mit dem Briefkopf Ihrer Praxis/Klinik versehen sein müssen. Dabei wird die Registerzentrale Sie unterstützen.

Der Aufwand kann aktuell wie folgt entschädigt werden:

- Register: 100 € pro neuem Patienten und 100 € für 2 Jahre komplette Dokumentation
- Biobank: 100 € für initiales Biobanking und 100 € für 2 Jahre komplettes Biobanking

Für Fragen zu Diagnostik und Therapie steht das Register konsiliarisch zur Verfügung.

Inhaber der Praxis / Leiter der Klinik (Druckschrift)

Datum, Unterschrift

Weiterer Ansprechpartner (Druckschrift)

Ihre zuständige Ethikkommission (Adresse, Ansprechpartner, Telefon, Fax)

<p>STEMPEL</p>	<p>Telefon: _____</p> <p>Fax: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>
----------------	--