



Schriftliche Einverständniserklärung für Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an dieser Studie

- Nachdem Sie die Studieninformation vorgängig durchgelesen haben, möchten wir Sie um Ihr Einverständnis zur Studie bitten.
- Bitte fragen Sie unbedingt nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben oder zusätzlich etwas fragen oder wissen möchten:
- B.Sc. Sandra Gmür, Universität Zürich, sandra.gmuer@uzh.ch

Name der Arztpraxis:	_____
Titel der Studie:	Vertrauen in die Hausärztin oder den Hausarzt und die damit verbundenen Erwartungen
Ziel der Studie:	Wir möchten einerseits ein besseres Verständnis über das Vertrauen einer Patientin/eines Patienten in die gesundheitliche Betreuung und über die damit zusammenhängenden Erwartungen erhalten und andererseits mehr erfahren über die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der medizinischen Betreuung.
Ablauf der Studie:	Patientinnen und Patienten füllen <u>vor</u> und <u>nach</u> der Konsultation je einen Fragebogen aus (Aufwand je eine halbe Stunde)
Nutzen der Studie:	Arztpersonen erhalten in anonymisierter Form Kenntnis darüber, wie das Vertrauen zu ihren Patientinnen und Patienten zukünftig aufgebaut werden kann. Persönliche Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, auch nicht an Ihre Ärztin / Ihren Arzt.
Mögliche Risiken:	Es sind keine Risiken oder Nebenwirkungen bekannt
Verantwortliche Institution:	Universität Zürich, Psychologisches Institut Angewandte Sozial- und Gesundheitspsychologie Binzmühlestrasse 14, Box 14; CH-8050 Zürich
Ort der Durchführung:	Vor Ort in verschiedenen Arztpraxen
Leiterin / Leiter der Studie:	Kontaktperson: Sandra Gmür, cand. M. Sc. Psychologie Projektleitung: Dr. phil. Daniel Hausmann-Thürig
Teilnehmerin / Teilnehmer	
Vorname und Name:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

- Ich wurde von der Studienleiterin mündlich und schriftlich über den Zweck und den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden. Ich kann die schriftliche Studieninformation (Version 1.1 vom 2. Dezember 2019) behalten. Ich akzeptiere den Inhalt der zur oben genannten Studie abgegebenen schriftlichen Studieninformation.
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass ich deswegen Nachteile bei der weiteren medizinischen Betreuung erleide.
- Ich hatte genügend Zeit, meine Entscheidung zu treffen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten vertraulich und nur in verschlüsselter Form und anonymisiert im Rahmen der Studie verwendet und nicht veröffentlicht werden. Die Regeln des Datenschutzes werden eingehalten.
- Bei Fragen und Beschwerden kann ich mich an die lokale Ethikkommission wenden.
- Ich bestätige hiermit mit meiner Unterschrift, dass ich den Text der Einverständniserklärung gelesen und verstanden habe und dass ich auf der Grundlage dieser Informationen freiwillig an der Studie teilnehme.

Ort, Datum	Ihre Unterschrift als Studienteilnehmerin / Studienteilnehmer

Bitte geben Sie diese Einverständniserklärung der Studienleiterin vor Ort oder notfalls der Ärztin/dem Arzt ab. Sie oder er wird das Formular dann an die für die Studie zuständige Person weiterleiten.

Bestätigung der Studienleiterin:

Hiermit bestätige ich, dass ich dieser Teilnehmerin/diesem Teilnehmer Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie erläutert habe. Ich versichere, alle im Zusammenhang mit dieser Studie stehenden Verpflichtungen gemäss dem geltenden Recht zu erfüllen. Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während der Durchführung der Studie von Aspekten erfahren, welche die Bereitschaft der Teilnehmerin/des Teilnehmers zur Teilnahme an der Studie beeinflussen könnten, werde ich sie/ihn umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Unterschrift der Studienleiterin (Sandra Gmür)