

11. Anhang

<i>Parameter:</i>	<i>Werte:</i>
Gliom WHO I	pilozytisches Astrozytom, benigne
Gliom WHO II	fibrilläres Astrozytom, semibenigne
Gliom WHO III	anaplastisches Astrozytom, semimaligne
Gliom WHO IV	Glioblastoma multiforme, hochmaligne

Tabelle 23: WHO – Einteilung intrakranieller Gliome

<i>Stadium::</i>	<i>Befund:</i>
ASA I	Normaler, gesunder Patient
ASA II	Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
ASA III	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungsminderung
ASA IV	Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung
ASA V	Moribunder Patient, Prognose innerhalb der nächsten 24 Std. infaust

Tabelle 24: ASA-Klassifikation (American Society of Anaesthesiology, 1963)

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Neurochirurgische Klinik und Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Mario Brock

BERLIN

Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Telefon/Durchwahl:

Sekretariat: (030) 8445 2531

Poliklinik: (030) 8445 2255

Station 014: (030) 8445 2610

Telefax: (030) 8445 3569

e-mail: neurochirurgie@medizin.fu-berlin.de

Internet: <http://www.medicin.fu-berlin.de/neurochi>

„Entwicklung eines elektromagnetischen Navigationsverfahrens zum daten- und bildgesteuerten intraoperativen neurophysiologischen Mapping (Ortung) und Monitoring (Überwachung von Funktionszentren) bei Operationen in eloquenten Hirnarealen, bei der Deep Brain Stimulation (Tiefe Hirnstimulation) und bei minimal-invasiven Eingriffen.“

Erklärung zum Datenschutz

Name: _____ No.: _____
Geburtsdatum: _____
Datum des Aufklärungsgespräches: _____

Ich wurde darüber informiert, dass im Rahmen der Studie, an der ich teilnehmen werde, die Dokumentation des Krankheitsverlaufes in meiner vom Arzt geführten Krankenakte festgehalten wird und dass diese Akte als Grundlage für die Erhebung von wissenschaftlichen Daten in der Studiendokumentation dient.

Die Ergebnisse der Untersuchung einschließlich der persönlichen Daten über den Verlauf meiner Erkrankung werden in anonymisierter Form gespeichert. D.h., weder Name noch sonstige zur Identifizierung meiner Person verwendbare Informationen werden dokumentiert.

Auch Veröffentlichungen, die auf den Daten dieser Untersuchung basieren, werden keine Informationen enthalten, die eine Identifizierung eines einzelnen Patienten ermöglichen.

.....
Ort / Datum / Unterschrift des Patienten

FREIE UNIVERSITÄT BERLIN
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
 Neurochirurgische Klinik und Poliklinik
 Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Mario Brock

BERLIN

Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin

Telefon/Durchwahl:

Sekretariat: (030) 8445 2531
 Poliklinik: (030) 8445 2255
 Station 014: (030) 8445 2610
 Telefax: (030) 8445 3569
 e-mail: neurochirurgie@medizin.fu-berlin.de
 Internet: <http://www.medicin.fu-berlin.de/neurochi>

„Entwicklung eines elektromagnetischen Navigationsverfahrens zum daten- und bildgesteuerten intraoperativen neurophysiologischen Mapping (Ortung) und Monitoring (Überwachung von Funktionszentren) bei Operationen in eloquenten Hirnarealen, bei der Deep Brain Stimulation (Tiefe Hirnstimulation) und bei minimal-invasiven Eingriffen.“

Patienteneinverständniserklärung

Name: _____ No.: _____
 Geburtsdatum: _____
 Datum des Aufklärungsgespräches: _____

Ärztliche Vermerke zum Aufklärungsgespräch (Fragen seitens des Patienten zu dieser klinischen Prüfung und deren Beantwortung durch den aufklärenden Arzt):

Schriftliche Einwilligung:

Alle Fragen zu der vorgesehenen klinischen Prüfung des elektromagnetischen Navigationssystems wurden von meinem behandelnden Arzt, Name: zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
 (bitte eintragen)

- Ich bin über Wesen, Bedeutung und Tragweite dieser klinischen Prüfung aufgeklärt worden, habe die Patienteninformation vollständig gelesen und verstanden, hatte genügend Zeit für meine Entscheidung.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankheits- und Behandlungsdaten in anonymisierter Form aufgezeichnet und zur wissenschaftlichen Auswertung verwandt werden und bin mit der im Rahmen der klinischen Prüfung erfolgenden Aufzeichnung von Krankheitsdaten und der Weitergabe der anonymisierten Daten zur Überprüfung an die Studienleiter einverstanden.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen und die wissenschaftliche Auswertung anonym erfolgt.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für die Teilnahme an dieser klinischen Prüfung unter dem Vorbehalt, jederzeit von der Prüfung – auch ohne Angabe von Gründen – zurücktreten zu können.
 Eine Kopie der Patienteninformation und –Einverständniserklärung ist mit ausgehändigt worden.

.....
 (Ort, Datum, Unterschrift des behandelnden Arztes)

.....
 (Ort, Datum und Unterschrift des Patienten)