



**QUIPSi**

Qualitätsverbesserung in der postoperativen  
Schmerztherapie bei Kindern



## Erhebung postoperativer Schmerzen im Rahmen des Forschungsprojektes QUIPSi

### Patienteninformation

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten in unserer Klinik gern wissen, wie Kinder sich nach einer Operation fühlen. Vor allem interessieren uns dabei die Schmerzen, die man manchmal nach einer Operation hat. Deshalb bitten wir dich, einen Fragebogen auszufüllen. Wenn du und deine Eltern zustimmen, werden wir neben dem ausgefüllten Fragebogen noch Daten zu deiner Operation, zu deiner Behandlung und zu allgemeinen Angaben über deine Person (Alter, Geschlecht, etc.) sammeln. Alle diese Informationen werden anonymisiert verarbeitet. Dein Name wird nicht gespeichert.

Ziel der QUIPSi-Befragung ist die Verbesserung der Schmerztherapie. Die Daten werden als Qualitätssicherungs-Werkzeug für diese Klinik benutzt. Außerdem werden die Daten als Grundlage für wissenschaftliche Untersuchungen zur Schmerztherapie verwendet. Mit deiner Hilfe kann also die Schmerztherapie nach Operationen verbessert werden. Die zuständige Ethikkommission hat uns erlaubt, die QUIPSi-Befragung durchzuführen.

Deine Teilnahme an der QUIPSi-Befragung ist freiwillig. Du machst nur dann mit, wenn du und deine Eltern schriftlich einwilligen. Die Ärzte und Schwestern/Pfleger, die dich behandeln, werden deine Antworten auf dem Fragebogen nicht sehen. Deine Teilnahme an der QUIPSi-Befragung hat keine Auswirkungen auf deine Behandlung. Falls du beim Ausfüllen des Fragebogens keine Lust mehr hast, kannst du jederzeit aufhören und nicht mehr teilnehmen.

Falls du noch weitere Fragen hast, kannst du dich gern an den/die QUIPSi-Mitarbeiter/in oder an den Projektleiter, Prof. Meißner, wenden:

Prof. Winfried Meißner  
Universitätsklinikum Jena  
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
E-Mail: [winfried.meissner@med.uni-jena.de](mailto:winfried.meissner@med.uni-jena.de)  
Tel.: 03641 9 32 33 53



**QUIPSi**

**Qualitätsverbesserung in der postoperativen  
Schmerztherapie bei Kindern**



## Einverständnis

### **Erhebung postoperativer Schmerzen im Rahmen des Forschungsprojektes „QUIPSi“**

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der Befragungsstudie QUIPSi. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Übermittlung meiner Daten im Rahmen des Forschungsvorhabens einverstanden. Ich willige ein, dass meine Daten allgemein zum Zwecke der medizinischen Forschung genutzt werden können. Ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden zufriedenstellend und vollständig beantwortet. Ich wurde umfassend über die Studie informiert und über meine Rechte und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt.

Ich habe die schriftliche Patienteninformation zum oben genannten Forschungsvorhaben erhalten, und mir wurde ein Exemplar meiner unterschriebenen Einwilligungserklärung ausgehändigt. Ich habe beides gelesen und verstanden. Ich bin mit der Einsichtnahme in meine personenbezogenen Daten zur Überprüfung durch autorisierte Mitarbeiter im Rahmen ihrer Aufgaben einverstanden. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert.

Mir ist bekannt, dass bei dieser Erhebung personenbezogene Daten 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 Erhebung folgende freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus, das heißt ohne die nachfolgende Einwilligung kann ich nicht an der Erhebung teilnehmen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist das Universitätsklinikum Jena.

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Erhebung personenbezogene Daten, insbesondere Angaben über meine Gesundheit, über mich erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern aufgezeichnet werden. Dies erfolgt in anonymisierter/pseudonymisierter Form, also ohne Rückschlussmöglichkeit auf meine Person.
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Erhebung mindestens zehn Jahre aufbewahrt werden, wie es auch bei der Prüfung von Arzneimitteln gesetzlich vorgeschrieben ist. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Name des Patienten in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

\* erforderlich bei 16-Jährigen und Älteren oder  
- bei vorhandener Einsichtsfähigkeit - bereits bei  
jüngeren Patienten (im Ermessen des behandelnden Arztes)