



Zentrum für Pneumologie und  
Thoraxchirurgie  
Chefarzt: Prof. Dr. med. K. Häußinger

Robert-Koch-Allee 2  
82131 Gauting

Telefon: (089) 85 791 – 7301  
Telefax: (089) 85 791 - 7305

Gauting, den \_\_\_\_\_

**Prüfarzt: Prof. Dr. K. Häußinger**

Name: .....

Vorname:..... geb.:.....

*EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER STUDIE:*

***Anwendung von magnetischen Eisenoxidaerosolen am Menschen zur Untersuchung der Reinigungsmechanismen der Lunge von Gesunden und lungenkranken Patienten***

Ich erkläre mich dazu bereit, freiwillig an der Studie mit der Inhalation von magnetischen Eisenoxidpartikeln und den nachfolgenden Messungen mit dem Magnetometer teilzunehmen.

Ich wurde von einem Arzt ausführlich über das Untersuchungsprogramm aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass eine Probandenhaftpflichtversicherung abgeschlossen wurde und dass ich zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen aus dem Untersuchungsprogramm ausscheiden kann, ohne dass mir daraus ein Nachteil entsteht. Eine Kopie der Einverständniserklärung und das Aufklärungsschreiben habe ich erhalten.

Eine Aufwandsentschädigung für anfallende Unkosten wurde ausgezahlt.

Gauting, den.....

.....  
(Unterschrift des Probanden)

.....  
(Unterschrift des Arztes)