

Projekttitel: Teamprozesse in der Notaufnahme: Eine ethnographische Studie
Swiss Ethics Aktenzeichen: Req-2025-00371
Institution: Team Ethnographie, CoMind Lab, Universitätsklinik für Notfallmedizin der Universität Bern



UNIVERSITÄT
BERN

Studienleitung:

Dr. Maïke Isaac
Forschungsleiterin des Team Ethnographie
maïke.isaac@unibe.ch
+41 31 632 51 19

Forschungsassistentinnen:

Mara Hofer	Danaé Alexander
Masterstudentin	Masterstudentin
Institut für Sozialanthropologie	Institut für Soziologie
Universität Bern	Universität Bern

Version: 08.01.2026

Zustimmung zur Teilnahme an einer Studie

Wir, das sind die oben genannten Forscherinnen, untersuchen, wie Ärzt*innen, Pflegekräfte, Patient*innen und ihre Angehörigen im Diagnoseprozess miteinander sprechen und Informationen austauschen. Für diese Untersuchung möchten wir Patient*innen während ihres Aufenthalts in der Notaufnahme begleiten und beobachten.

Ihre Teilnahme an der Studie beinhaltet folgendes:

- Die Forscherin wird gemeinsam mit Ihnen im Warteraum sitzen und Sie zu Untersuchungen und Konsultationen mit Ärzt*innen und Pflegekräften begleiten.
- Dabei wird die Forscherin Notizen über Ihre Aktivitäten und Kontakte mit dem medizinischen Personal schreiben.
- In den Wartezeiten zwischen Untersuchungen kann die Forscherin Ihnen ein paar Fragen über Ihre bisherigen Eindrücke in der Notaufnahme stellen.
- Sie können die Forscherin jederzeit bitten, das Behandlungszimmer zu verlassen oder ihnen keine Fragen zu stellen.
- Wenn Sie dies erlauben, wird sich die Forscherin nach Ihrer Behandlung in der Notaufnahme Ihren Entlassungsbericht durchlesen.

Ihre Beteiligung an dieser Studie ist freiwillig. Das heisst:

- Sie müssen nicht mitmachen, wenn Sie das nicht wollen.
- Sie haben mit keinen Konsequenzen zu rechnen, wenn Sie an dieser Studie nicht teilnehmen möchten.
- Sie können Ihre Zustimmung jederzeit zurückziehen. Dann werden alle Notizen gelöscht, die etwas mit Ihnen zu tun haben.

Wir werden Ihre Identität zu jederzeit streng vertraulich behandeln. Das heisst:

- Ihr Name und der Name der Notaufnahme werden nicht veröffentlicht. Stattdessen verwenden wir erfundene Namen (Pseudonyme).
- Nur die Studienleiterin und ihre Mitarbeiterinnen wissen, welches Pseudonym (erfundener Name) zu Ihrem echten Namen gehört.
- Alle Forschungsdaten werden mit einem Passwort geschützt gespeichert. Zu den Forschungsdaten gehören eine Liste aller Studienteilnehmer*innen, Einverständniserklärungen, und pseudonymisierte Beobachtungsnotizen.
- Nur die Studienleiterin und ihre Mitarbeiterinnen haben Zugriff auf die Forschungsdaten.

Die Ergebnisse dieser Studie werden in wissenschaftlichen Fachartikeln und auf Konferenzen veröffentlicht. Wenn ein Artikel veröffentlicht ist, können Beobachtungen, die Sie betreffen, aus diesem Artikel nicht mehr entfernt werden.

Pseudonymisierte Beobachtungsnotizen werden für mindestens 10 Jahre nach dem Ende der Datensammlung aufbewahrt. Personenbezogene Daten werden gegebenenfalls schon vorher vernichtet, sofern sie für die Datenbearbeitung nicht mehr gebraucht werden.

Sie bekommen kein Geld für Ihre Teilnahme.

Wenn Sie Fragen haben, können Sie die Forscherinnen jederzeit ansprechen. Die Kontaktdaten stehen am Anfang dieses Formulars.

Bitte unterschreiben Sie unten, dass Sie diese Informationen gelesen haben und einwilligen an der Studie teilzunehmen.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung ist für Sie. Eine weitere werden wir für unsere Unterlagen behalten.

Ihr Name (in Druckschrift): _____ Position: _____

Ich habe dieses Formular gelesen und verstanden.

Ja: ☐ Nein: ☐

Ich bin damit einverstanden, dass die Forscherin mich heute in der Notaufnahme begleitet, Beobachtungen zu meinen Aktivitäten und Kontakten mit dem medizinischen Personal macht und sich nach meiner Behandlung den Entlassungsbericht der Notaufnahme durchliest.

Ja: ☐ Nein: ☐

Die oben genannten Forscherinnen dürfen mich bei dringenden Rückfragen per E-Mail oder Telefon kontaktieren.

Ja: ☐ Nein: ☐

Die Forscherinnen sollen mich per E-Mail kontaktieren, um mich über Studienergebnisse zu informieren.

Ja: ☐ Nein: ☐

E-Mail Adresse und/ oder Telefonnummer: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____