



Patientenname und -vorname:

Geburtsdatum:

Patienten-ID:

ODER

Patientenetikett (**großes Etikett**) mit Patienten-ID und Barcode

Zustimmungserklärung – Patientin/Patient

Zustimmung zur Nutzung meiner Patientendaten und Proben für die medizinische Forschung

Bitte lies Dir Folgendes aufmerksam durch, kreuze Zutreffendes an und unterschreibe bei „Unterschrift des Patienten“, sofern Du einverstanden bist.

1. Ich bin einverstanden, dass Forscher meine Daten bekommen.

☐ Ja

☐ Nein

2. Ich bin einverstanden, dass meine Proben aufgehoben und an Forscher weitergegeben werden dürfen

☐ Ja

☐ Nein

Ich weiß, dass ich freiwillig mitmache und dass ich jederzeit aufhören kann, wenn ich nicht mehr mitmachen möchte.

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Ort, Datum (vom Patienten einzutragen, optional), Unterschrift des Patienten (optional)



Das Kind wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Ein Exemplar der Patienteninformation und der Zustimmungserklärung wird dem Kind ausgehändigt.

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift der aufklärenden Person

Sofern das Kind nicht selbst unterschrieben hat:

Ich habe mich von der Zustimmung des Kindes überzeugt und den Willen des Kindes dokumentiert.

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Ort, Datum, Unterschrift der aufklärenden Person

Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____