



CML paed Einwilligungserklärung Register Eltern/Sorgeberechtigte

Formular

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am CMLpaed Register (Eltern/Sorgeberechtigte)

Leitung Prof. Dr. med. Markus Metzler, Kinder- und Jugendklinik Erlangen

Patient(in):	Behandelnde Klinik:
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Kind in das CMLpaed Register aufgenommen wird. Ich wurde über das Ziel und den Ablauf des Registers aufgeklärt und hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen. Die Teilnahme am Register ist für mich bzw. mein Kind eine freiwillige Entscheidung und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass daraus Nachteile entstehen. Ich willige ein, dass **personenbezogene Daten meines Kindes, insbesondere Angaben über seine Gesundheit, an folgende Institution weitergeleitet werden und dort pseudonymisiert (d.h. kodiert) gespeichert werden:**

CMLpaed Registerzentrale

Studienleitung Herr Prof. Dr. M. Metzler
Universitätsklinikum Erlangen, Kinder- und Jugendklinik
Abteilung für pädiatrische Onkologie und Hämatologie
Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

Einwilligung der/des gesetzlichen Vertreter(s):

Beide Elternteile sorgeberechtigt: Wir versichern, sorgeberechtigt zu sein und erteilen unsere Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname)	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)
Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname)	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)

Ein Elternteil sorgeberechtigt: Ich versichere, dass ich allein sorgeberechtigt bin, und erteile die Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname)	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)
-------------------------------------	--------------	--------------------------

Sorgeberechtigt: Vormund/Pfleger: Ich versichere als _____ eingesetzt zu sein und erteile meine Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname)	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)
-------------------------------------	--------------	--------------------------

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

Name, Vorname	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)
---------------	--------------	--------------------------