Uniklinikum Erlangen

Zustimmungserklärung zur Teilnahme am CMLpaed Register und der Biobank (minderjähriger Patient)

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

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

Bitte lies die folgende Einwilligungserklärung aufmerksam durch, kreuze Zutreffendes an und unterschreibe anschließend am Ende dieser Einwilligungserklärung, sofern Du einverstanden bist.

Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe die Informationsschrift gelesen und konnte Fragen stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich willige ein, dass

- meine Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben an das CMLpaed Register, Kinder- und Jugendklinik, Universitätsklinikum Erlangen weitergegeben und in kodierter Form für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke aufbewahrt und verwendet werden.

- meine Biomaterialien und Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an *die Zentrale Biobank Erlangen (CeBE)* gegeben und in kodierter Form für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke aufbewahrt und verwendet werden.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Biomaterialien und Daten auch in Länder außerhalb der Europäischen Union einverstanden.

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Kenn-Nr.: 39222

Uniklinikum Erlangen

Ich möchte die Verwendung meiner Biomaterialien und Daten wie folgt sachlich oder zeitlich eingrenzen:

.....

_____

Name des Patienten in Druckbuchstaben

_____

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

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Zustimmung des Patienten eingeholt.

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

_____

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

Kenn-Nr.: 39222