Uniklinikum Erlangen

Einwilligungserklärung zur Biobank des CMLpaed Register (Erwachsene Patienten)
Leitung Prof. Dr. med. Markus Metzler, Kinder- und Jugendklinik Erlangen

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

Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung anschließend am Ende dieser Seite, sofern Sie damit einverstanden sind.

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

Ich willige ein, dass die Biomaterialien und zugehörigen Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an das CMLpaed Register bzw. die Zentralen Biobank Erlangen (CeBE) gegeben und für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke verwendet werden. Insbesondere **willige ich ein, dass, wie in der Informationsschrift beschrieben:**

- **die Biomaterialien pseudonymisiert von der Zentralen Biobank Erlangen (CeBE) aufbewahrt werden.** Das Eigentum an den Biomaterialien übertrage ich im Namen meines Kindes an die Zentrale Biobank Erlangen (CeBE).

- **die Biomaterialien mit den vorgenannten Daten pseudonymisiert an Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen zu Zwecken medizinischer Forschung weitergegeben werden dürfen.**

Dies schließt unter Umständen auch die Weitergabe für Forschungsprojekte in Ländern außerhalb der EU ein. Dies erfolgt jedoch nur, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt oder behördlich genehmigte Datenschutzklauseln angewendet werden.
Hiermit willige ich in diese Weitergabe der Biomaterialien und Daten in Länder außerhalb der EU ein. Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden (Ziff. 7c in der Information).

☐ Ja ☐ Nein

Kenn-Nr.: 39226

Uniklinikum Erlangen

Ich möchte die Verwendung der Biomaterialien und Daten wie folgt eingrenzen:

.....

Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde

- zum Zweck der Gewinnung weiterer Informationen/Biomaterialien,
□ **ja** □ **nein**

- zum Zweck der Einholung meiner Einwilligung in die Verknüpfung der Daten meines Kindes mit medizinischen Daten aus anderen Datenbanken
□ **ja** □ **nein**

Darüber hinaus kann ich kontaktiert werden, falls ausnahmsweise wichtige gesundheitsrelevante Ergebnisse auftreten.
Diese Rückmeldung soll erfolgen über die Einrichtung, in der die Biomaterialien/Daten gewonnen wurden oder über folgenden Arzt (falls gewünscht, bitte angeben):

Name und Anschrift des Arztes: .....

Einwilligung der Patientin/des Patienten:

Patient(in) (Name, Vorname)	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

Name, Vorname	Unterschrift	Ort, Datum (eigenhändig)

Kenn-Nr.: 39226