Uniklinikum Erlangen

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

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

Ich erkläre mich damit einverstanden in das CMLpaed Register aufgenommen zu werden bzw. das die Registerteilnahme fortgeführt 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 eine freiwillige Entscheidung und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass daraus Nachteile entstehen. Ich willige ein, dass meine **personenbezogenen Daten, insbesondere Angaben über meine 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 Patientin/des Patienten:

_____

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

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

_____

Name, Vorname Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

Kenn-Nr.: 39230