



CML paed Einwilligung Patient 7 - 11 Jahre

Formular

CMLpaed

**Zustimmungserklärung zur Teilnahme am CMLpaed Register und der Biobank (nicht- einwilligungs-
fähiger minderjähriger Patient)**

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

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

Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**Ich möchte bei der Datensammlung für das CMLpaed Register und der Probensamm-
lung für die Biobank mitmachen.**

Unterschrift des Patienten (optional)

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

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

Name, Vorname

Unterschrift

Ort, Datum (eigenhändig)