



## CML paed Einwilligung Register Patienten über 18 Jahre

Formular

CMLpaed

### Einwilligungserklärung zur Teilnahme am CMLpaed Register (Patienten über 18 Jahre)

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 Register-  
teilnahme 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 weitergelei-  
tet 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)