Universitätsklinikum
Erlangen

Kinder und Jugendklinik Loschgestraße 15 91054 Erlangen

Kinder- und Jugendklinik
Direktor: Prof. Dr. med. Joachim Wölfle

Abteilung für Onkologie und Hämatologie
Leiter: Prof. Dr. med. Markus Metzler
Stellvertretender Klinikdirektor
Sekretariat: Frau Jelena Dzalilova
Telefon: 09131 85-33731
Fax: 09131 85-35742
E-Mail: jelena.dzalilova@uk-erlangen.de
Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch die CMLpaed Studienzentrale

Für die Versorgung und Forschung der CML bei Kindern und Jugendlichen ist es gelegentlich hilfreich, wenn die Mitarbeiter der Studienleitung direkt mit dem Patienten bzw. dessen Familie Kontakt aufnehmen können ohne über die behandelnde Klinik anzufragen. Mit diesem Formular können Sie die Einwilligung dazu dokumentieren, sofern sie damit einverstanden sind.

Name des Kindes: _____

Einwilligung des Patienten:

Patient: Ich erteile meine Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch das CML-paed II Register.

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

Einwilligung der/des gesetzlichen Vertreter(s):

Beide Elternteile sorgeberechtigt: Wir versichern, sorgeberechtigt zu sein und erteilen unsere Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch das CML-paed II Register.

_____
Mutter (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

_____
Vater (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

Ein Elternteil sorgeberechtigt: Ich versichere, dass ich allein sorgeberechtigt bin, und erteile die Einwilligung zur Kontaktaufnahme durch das CML-paed II Register.

_____
Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

Sorgeberechtigt: Vormund/Pfleger: Ich versichere als _____ eingesetzt zu sein und erteile meine Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

_____
Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)