

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG Pädiatrische Pankreatitis



APPLE-R

Patientendaten:

Vorname:.....
 Nachname:
 Geburtsdatum:.....
 Versicherungsnummer:.....

Patienteninformation/Zusammenfassung: Ziel der Studie ist, die Entwicklung und den genetischen Hintergrund der Krankheit Ihres Kindes besser zu verstehen. Die Ergebnisse der Studie können uns helfen, in der Diagnostik und Therapie von Bauchspeicheldrüsenentzündungen Fortschritte zu machen. Somit könnte im Späteren die Therapiedauer verkürzt und die Heilung der Krankheit verbessert werden. Unser Ziel ist es, genetische Faktoren, die im Hintergrund von Bauchspeicheldrüsenerkrankungen stehen, zu erforschen.

DAUER DER FORSCHUNG, WIDERRUFSRECHT:

Ihre Daten/ die Daten Ihres Kindes werden anonymisiert verarbeitet.
 Ihre Teilnahme/ die Teilnahme Ihres Kindes in dieser Studie ist freiwillig. Sie können Ihre Teilnahme zu jedem Zeitpunkt mündlich oder schriftlich widerrufen. Der Entzug der Einwilligung hat keine Strafe oder Leistungsverlust zur Folge und Ihre/ die Daten Ihres Kindes werden nicht verwendet.

Ich habe das Ziel der Studie verstanden, nachdem ich die Patienteninformation gelesen und durch den behandelnden Arzt /die behandelnde Ärztin ausführlich über die Studie aufgeklärt wurde (ethische Genehmigungsnummer: ETT TUKEB ad.52499-3/2014).

Ich gebe meine Zustimmung zur Teilnahme an dieser Studie.

Ich stimme zu, dass die Daten meines Kindes zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden dürfen und sie in Publikationen veröffentlicht werden dürfen, ohne den Namen meines Kindes zu nennen. Weiterhin stimme ich zu, dass die Blutproben und Daten meines Kindes am Forschungsort, während der Dauer der Studie, jedoch bis zum Widerruf oder maximal 30 Jahre nach der Datenerfassung, gelagert werden dürfen.

Zum Zeitpunkt der Unterzeichnung erhielt ich eine Kopie der Einwilligungserklärung und zusammenfassende Informationen.

.....Ort,Tag.....Monat.....20.....

.....
 Behandelnde(r) Arzt/Ärztin Unterschrift des Patienten/der Patientin Unterschrift des gesetzlichen Vormunds¹

¹ Gesetzlicher Vormund im Falle von Minderjährigen oder Patienten mit körperlicher oder geistiger Behinderung. Bei Analfabetismus des Teilnehmers oder seiner / seines gesetzlichen Vertreters sind zwei Zeugen und ihre Unterschrift für die gültige Einwilligung erforderlich.

Wir, die Unterzeichnenden, haben erlebt, und bestätigen, dass genaue Informationen an den Teilnehmer / den gesetzlichen Vertreter des Teilnehmers gegeben wurden und wir bestätigen, dass Sie/Er ihr/sein Einverständnis frei und freiwillig gegeben hat.

.....
 Unterschrift des 1. Zeugen Unterschrift des 2. Zeugen
 Name: Name:
 Adresse: Adresse:
 ID Nr.: ID Nr.: