

Universitätsklinikum Düsseldorf

Klinik für Neurochirurgie
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. Katharina Faust

Einwilligungserklärung**ZNS-Tumorgewebebank**

für Kinder (11 – 13 Jahre)

Bitte hier
Patientenetikett
mit Barcode
aufkleben.

Herr/Frau Doktor _____ hat mir die ZNS-Tumorgewebebank ausführlich erklärt. Die Einwilligung zur Teilnahme erfolgt freiwillig.

Die Patienteninformation für Kinder und Jugendliche habe ich erhalten und gelesen. Ich hatte die Möglichkeit, alle mir wichtigen Fragen vorzubringen und diese wurden zu meiner Zufriedenheit umfassend beantwortet.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass Tumorgewebe und Blut von mir für die ZNS-Tumorbank verwendet werden darf. Ich wurde darüber aufgeklärt und willige ein, dass die Proben und Daten von mir in pseudonymisierter Form bearbeitet werden. Pseudonymisiert bedeutet, dass ein Nummern und/oder Buchstabencode verwendet wird. Nur zur Verschwiegenheit verpflichtete Personen aus dem Universitätsklinikum Düsseldorf dürfen meine personenbezogenen Unterlagen einsehen. Bei der Veröffentlichung von Ergebnissen wird mein Name nicht genannt.

Wenn ich später doch nicht teilnehmen möchte, kann ich jederzeit Bescheid sagen. Wenn ich volljährig werde, werde ich erneut gefragt ob ich noch weiter an der ZNS-Tumorgewebebank teilnehmen möchte.

Ich erkläre mich einverstanden, an der ZNS-Tumorbank teilzunehmen, und werde eine Kopie der Informationsschrift für Kinder und Jugendliche sowie eine Kopie dieser Erklärung erhalten, sobald ich sie unterschrieben habe.

Name, Vorname
des Patienten/der Patientin

Datum

Unterschrift

Ich habe über die ZNS-Tumorgewebebank mit dem/der Patienten/in und seinem(n) Erziehungsberechtigten besprochen. Alle Fragen wurden umfassend beantwortet. Ich habe dem Teilnehmer und seinem(n) Erziehungsberechtigten erklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Name, Vorname
des Arztes/der Ärztin

Datum

Unterschrift