

Universitätsklinikum Düsseldorf

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

Einwilligungserklärung**ZNS-Tumorgewebebank**

für Kinder bis zum 10. Lebensjahr

Bitte hier
Patientenetikett
mit Barcode
aufkleben.

Herr/Frau Doktor _____ hat mir erklärt, worum es geht, und auch sonst alle meine Fragen beantwortet. Ich habe die Information gelesen und verstanden. Ich habe genug Zeit gehabt, mir zu überlegen, ob ich mitmachen will. Ich mache freiwillig mit. Ich weiß auch, dass ich jederzeit meine Einwilligung zurücknehmen kann.

Wenn ich volljährig, d.h. 18 Jahre alt werde, werde ich erneut gefragt, ob ich noch weiter mitmachen möchte.

Ich weiß, dass meine Proben und die Informationen über mich einen Code erhalten. Meinen Namen erfahren die Forscher nicht. Das Krankenhaus darf die Proben und Informationen nur an die Forscher weitergeben, die meine Erkrankung untersuchen. Eine Kopie der Information für Kinder und eine Kopie dieser Einwilligung erhalte ich nach meiner Unterschrift.

Name, Vorname
des Patienten/der Patientin

Datum

Unterschrift

Ich habe über die ZNS-Tumorgewebebank mit dem Studienteilnehmer 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