

ID (des Kindes / Jugendlichen) \_\_\_\_\_

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin

St. Josef-Hospital

Direktor Prof. Dr. med. T. Lücke

Alexandrinestraße 5

44791 Bochum

[Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de](mailto:Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de)

Tel. 0234-509-57010/ 2847

Katholisches Klinikum Bochum



---

**„ChildMask - Schutzmaske für Kinder / Jugendliche mit verbesserten Tragekomfort und Infektionsschutz“**

---

Einwilligungserklärung

Name Ihres Kindes

in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Studienteilnehmer/in

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

die **Firma etna GmbH** möchte eine Infektionsschutzmaske vom Typ FFP2 für Kinder / Jugendliche entwickeln. Wir, die Mitarbeiter von der Kinderklinik, möchte Ihnen dabei helfen.

Die ChildMask Studie besteht aus verschiedenen Untersuchungen, die Du mit oder ohne Maske durchlaufen wirst. Ausführliche Informationen dazu und auch Bilder der Untersuchungen findest Du in den Teilnehmerinformationen, die wir Dir und deinen Eltern gegeben haben.

Voraussetzung für Deine Teilnahme an der Studie ist, dass Du einverstanden bist. Wenn ja, bitten wir Dich, auf diesem Blatt zu unterschreiben. Du bestätigst uns damit, dass Du an der Studie teilnehmen möchtest, dass dies freiwillig ist, alle Deine Fragen zu Deiner Zufriedenheit beantwortet wurden und Du genügend Zeit hattest, Deine Teilnahme zu bedenken.

Du kannst aber auch später zu jeder Zeit sagen, dass Du nicht mehr an der Studie teilnehmen möchtest. Du wirst deshalb keine Nachteile haben.

Solltest Du Dich zu einem späteren Zeitpunkt dafür entscheiden, dass Du nicht mehr teilnehmen möchtest, dann kannst Du Dich an die in der Teilnehmerinformation genannten Personen wenden. In der Teilnehmerinformation findest Du außerdem weitere Informationen zu Deinen Rechten im Hinblick auf Deine Daten.

ID (des Kindes / Jugendlichen) \_\_\_\_\_

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin**  
**St. Josef-Hospital**  
Direktor Prof. Dr. med. T. Lücke  
Alexandrinestraße 5  
44791 Bochum  
[Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de](mailto:Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de)  
Tel. 0234-509-57010/ 2847



**Ich erkläre mich freiwillig bereit, an der oben genannten Studie teilzunehmen. Mit der Erhebung und Verwendung meiner Daten wie in der mir ausgehändigten Informationsschrift bin ich einverstanden.**

**Ich möchte an der Studie teilnehmen**

.....

(Datum und Unterschrift: der/des Studienteilnehmers)

**Ja**

**Nein**

.....

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Jugendlichen eingeholt. Ich habe mich davon überzeugt, dass der Jugendliche alles verstanden hat, keine weiteren Fragen hat und seiner Teilnahme zustimmt.

\_\_\_\_\_  
Name des/ der zuständigen Studienarztes/ -ärztin in Druckbuchstaben

.....  
(Datum und Unterschrift: zuständige/r Studienarzt/ -ärztin)