

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 0234/509-57010/2847

Katholisches Klinikum Bochum

St. Josef-Hospital
UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

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

Einwilligungserklärung

Name Ihres Kindes

in Druckbuchstaben: _____

Studienteilnehmer/in

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Wir / Ich habe/n einen schriftlichen Aufklärungs- / Informationsbogen am _____ erhalten und verstanden.

Wir / Ich sind/ bin mit der Teilnahme unseres/meines Kindes _____ (Vorname) an der Studie „ChildMask – Schutzmasken für Kinder / Jugendliche mit verbesserten Tragekomfort und Infektionsschutz“ und der Durchführung aller Untersuchungen – wie im Aufklärungsbogen beschrieben – einverstanden.

Alle unsere/ meine offenen Fragen, sofern vorhanden, wurden in einem ausführlichen Gespräch beantwortet. Wir / Ich hatte/n ausreichend Zeit uns darüber Gedanken zu machen. Wir / ich stimme/n allen Untersuchungen – wie besprochen – zu.

Mein Kind erhält eine umfassende medizinische Basisuntersuchung. Das Wissen um oder der Verdacht auf eine mögliche Erkrankung stellt unter Umständen nicht nur eine starke psychische Belastung dar, sondern bringt auch ggf. Nachteile bei bestimmten rechtlich erheblichen Handlungen, wie z. B. bei Abschluss einer Lebens- oder Krankenversicherung oder eines Arbeitsvertrages mit sich. Dennoch möchten wir/ ich über die erhobenen Befunde der umfassenden medizinischen Basisuntersuchung mündlich informiert werden:

nein ja

Wir / Ich sind/ bin uns/mir bewusst, dass die Teilnahme unseres/ meines Kindes an der Studie freiwillig ist und unser/mein Kind oder wir/ich die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angaben von Gründen abbrechen kann/können ohne das unserem/ meinem Kind oder uns/mir daraus Nachteile in der Behandlung entstehen.

Wir/ ich sind/ bin mit der Verwendung der Daten, die im Rahmen der o.g. Studie („ChildMask“) erhoben werden, zu Studienzwecken einverstanden. Die Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz (s.u.) und dürfen nur pseudonymisiert veröffentlicht werden.

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 0234/509-57010/2847

Katholisches Klinikum Bochum



St. Josef-Hospital

UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Datenschutz

[] Wir/ Ich willige/n ein, dass für den Zweck der oben genannten Studie die personenbezogenen Daten unseres/meines Kindes, insbesondere Angaben über die Gesundheit, erhoben und in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef Hospital aufgezeichnet werden. Diese Daten dürfen nur in pseudonymisierter (d.h. verschlüsselter) Form zur wissenschaftlichen Auswertung genutzt und veröffentlicht werden.

Die pseudonymisierten Daten werden in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum, Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum für 10 Jahre gespeichert.

Im Falle des Studienwiderrufs können/kann wir/ich entscheiden, ob die bereits erhobenen Daten unseres/meines Kindes gelöscht werden müssen oder in anonymisierter Form weiterverwendet werden dürfen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe/n wir/ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienarzt.

.....
(Name Erziehungsberechtigte/r des Studienteilnehmers, Unterschrift, Datum)

.....
(Name Erziehungsberechtigte/r des Studienteilnehmers, Unterschrift, Datum)

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Forschungsteilnehmers eingeholt.

.....
(Name zuständige/r Studienarzt/-ärztin, Unterschrift, Datum)