

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



---

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

---

Einwilligungserklärung

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

Studienteilnehmer/in

Liebes Schulkind,

wenn Du bei der Studie mitmachen möchtest, unterschreibe bitte dieses Blatt und kreuze das lachende Gesicht an. Du sagst uns damit, dass Du an der Studie teilnehmen möchtest und weißt, dass dies freiwillig ist. Du kannst aber auch später zu jeder Zeit sagen, dass Du nicht mehr an der Studie teilnehmen möchtest. Du wirst dadurch auch 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.

Ich möchte an der Studie teilnehmen

.....  
(Datum und Unterschrift: der/des Studienteilnehmers)



**Ja**



**Nein**

.....

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und mich davon überzeugt, dass das Kind die Informationen verstanden hat, keine weiteren Fragen hat und die Teilnahme nicht ablehnt.

---

Name des/ der zuständigen Studienarztes/ -ärztin in Druckbuchstaben

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

(Die Studienteilnehmer erhalten eine unterschriebene Kopie der Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Ordner der Treuhänderin)