



## Zustimmungserklärung – Patientin/Patient

### Zustimmung zur Nutzung meiner Patientendaten und Proben für die medizinische Forschung

Bitte lies Dir Folgendes aufmerksam durch, kreuze Zutreffendes an und unterschreibe bei „Unterschrift des Patienten“, sofern Du einverstanden bist.

1. Ich bin einverstanden, dass Forscher meine Daten bekommen.

Ja

Nein

2. Ich bin einverstanden, dass meine Proben aufgehoben und an Forscher weitergegeben werden dürfen.

Ja

Nein

**Ich weiß, dass ich freiwillig mitmache und dass ich jederzeit aufhören kann, wenn ich nicht mehr mitmachen möchte.**

---

Name des Patienten in Druckbuchstaben

---

Ort, Datum (vom Patienten einzutragen), Unterschrift des Patienten (optional)

**Das Kind wurde von mir im Rahmen eines Gesprächs über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Ein Exemplar der Patienteninformation und der Zustimmungserklärung wird dem Kind ausgehändigt.**

---

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

---

Ort, Datum, Unterschrift der aufklärenden Person



Sofern das Kind nicht selbst unterschrieben hat:

**Ich habe mich von der Zustimmung des Kindes überzeugt und den Willen des Kindes dokumentiert.**

---

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

---

Ort, Datum, Unterschrift der aufklärenden Person

**Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_