

Einwilligung zur Teilnahme an der Studie „Fit4NUSS“

Name des Patienten _____

- Ich bin von Herrn / Frau _____ über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text der Patientenaufklärung und dieser Einwilligungserklärung gelesen.
- Ich hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen und mich zu entscheiden. Aufgetretene Fragen wurden mir vom Studienarzt beantwortet.
- Ich weiß, dass ich meine freiwillige Mitwirkung jederzeit beenden kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Ich erkläre mich bereit, an der Studie teilzunehmen.

1. Ich willige ein, dass personenbezogene Daten über mich, insbesondere Verlaufsdaten aus meiner Behandlung und zu meiner körperlichen Aktivität, wie in der Informationsschrift beschrieben, erhoben und in Papierform sowie auf elektronischen Datenträgern in der Klinik für Kinderchirurgie aufgezeichnet werden.
2. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Im Falle des Widerrufs werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Ich kann in diesem Fall die Löschung der Daten verlangen.
3. Ich willige ein, dass die Daten nach Beendigung oder Abbruch der klinischen Prüfung mindestens 10 Jahre aufbewahrt werden.

Ich willige in die Verarbeitung der genannten Daten ein.

Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt im Prüfzentrum.

Ort, Datum Name, Unterschrift des Studienteilnehmers/ der -teilnehmerin

Ort, Datum Name, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Ort, Datum, Name, Unterschrift der Erziehungsberechtigten

E-Mail-Adresse/ Mobiltelefonnummer des Teilnehmers

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Eltern eingeholt

Ort, Datum, Name des aufklärenden Arztes in Druckbuchstaben und Unterschrift

