

Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung anschließend am Ende dieser Einwilligungserklärung, sofern Sie damit einverstanden sind.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für Eltern/ Sorgeberechtigte

Patientenaufkleber

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe die Informationsschrift gelesen und hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass die Teilnahme meines Kindes freiwillig ist und dass ich und mein Kind die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen können, ohne dass mir oder meinem Kind daraus irgendwelche Nachteile entstehen (Ziff. 10 der Information).

Datenschutzerklärung

Ich willige ein, dass die Bioproben und zugehörigen Daten meines Kindes, wie in der Informationsschrift beschrieben, an die Augsburg Central BioBank am Universitätsklinikum Augsburg gegeben und für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke verwendet werden. Die Bioproben und Daten dürfen unbefristet für medizinische Forschungsvorhaben verwendet werden und gegebenenfalls mit anderen medizinischen Datenbanken verknüpft werden.

Insbesondere willige ich ein, dass, wie in der Informationsschrift beschrieben,

- das Universitätsklinikum Augsburg personenbezogene Daten meines Kindes, insbesondere Angaben über seine Gesundheit, erhebt, gegebenenfalls weitere personenbezogene Daten aus den Krankenunterlagen meines Kindes entnimmt, und die Daten pseudonymisiert (d.h. kodiert) speichert;
- die Bioproben pseudonymisiert von der Augsburg Central BioBank am Universitätsklinikum Augsburg aufbewahrt werden. Das Eigentum an Bioproben übertrage ich im Namen meines Kindes an die Augsburg Central BioBank;
- die Bioproben mit den vorgenannten Daten pseudonymisiert an Universitäten, Forschungsinstitute und forschende Unternehmen zu Zwecken medizinischer Forschung weitergegeben werden dürfen.

Dies schließt unter Umständen auch die Weitergabe für Forschungsprojekte in Ländern außerhalb der EU ein. Dies ist generell zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt oder behördlich genehmigte Datenschutzklauseln angewendet werden.

Darüber hinaus willige ich in die Weitergabe von Bioproben und Daten meines Kindes in Länder außerhalb der EU auch in den Fällen ein, in denen kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt und keine behördlich genehmigten Datenschutzklauseln angewendet werden. Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden (Ziff. 7c in der Information).

Ja **Nein**

Ich willige ein, dass mein Kind und ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werden

- zum Zweck der Gewinnung weiterer Informationen / Bioproben **Ja** **Nein**
- Darüber hinaus kann ich bzw. (nach Erreichen der Volljährigkeit) mein Kind kontaktiert werden, falls ausnahmsweise wichtige gesundheitsrelevante Ergebnisse auftreten **Ja** **Nein**

Diese Rückmeldung soll erfolgen über die Einrichtung, in der meine Bioproben/ Daten gewonnen wurden oder über folgenden Arzt

(falls gewünscht, bitte angeben):

Name des Arztes: _____

Anschrift: _____

Zudem werden wir Ihr Kind ungefähr zum Zeitpunkt seines 18. Geburtstags kontaktieren, damit es persönlich über die weitere Verwendung seiner Biomaterialien und Daten entscheiden kann.



Eine Kopie der Elterninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Augsburg Central BioBank.

Name des einen Elternteils/Sorgeberechtigten in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort (falls anderer Ort, bitte
Änderung durch Eltern/Sorgeb.)

Datum (von den Eltern/Sorgeberechtigten einzutragen)

Unterschrift des einen Elternteils/Sorgeberechtigten

Name des anderen Elternteils/Sorgeberechtigten in Druckbuchstaben oder Hinweis auf alleiniges
Sorgerecht des ersten Elternteils

Augsburg _____

Ort (falls anderer Ort, bitte
Änderung durch Eltern(Sorgeb.)

Datum (von den Eltern/Sorgeberechtigten einzutragen)

Unterschrift des anderen Elternteils/Sorgeberechtigten

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten des minderjährigen Patienten eingeholt.

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort

Datum

Unterschrift der aufklärenden Person

Teilnahme abgelehnt