

Bitte lies die folgende Einwilligungserklärung aufmerksam durch, kreuze Zutreffendes an und unterschreibe anschließend am Ende dieser Einwilligungserklärung, sofern Du einverstanden bist.

Einwilligungserklärung (minderjähriger Patient)

Patientenaufkleber

Patient (Name, Vorname): _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsdatum: _____

Ich habe die Informationsschrift gelesen und konnte Fragen stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich willige ein, dass meine Bioproben und Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, an die Augsburg Central BioBank am Universitätsklinikum Augsburg gegeben und in kodierter Form für die in der Informationsschrift genannten medizinischen Forschungszwecke aufbewahrt und verwendet werden.

Ich bin mit der Weitergabe meiner Bioproben und Daten auch in Länder außerhalb der Europäischen Union einverstanden. **Ja** **Nein**

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

Name des Patienten in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort
(falls anderer Ort, bitte
Änderung durch Patienten)

Datum
(vom Patienten einzutragen)

Unterschrift des Patienten

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

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Augsburg _____

Ort

Datum

Unterschrift der aufklärenden Person

Teilnahme abgelehnt