

*Bitten den QR-Code aus*

*REDCap hier einfügen*

Bitte den QR-Code scannen

**Patienten-ID:**

*Hier einfügen*

**Einwilligungserklärung für Kinder/Jugendliche**

Chronic Angioedema Registry - CARE

Teilnahme am Krankheitsregister für rezidivierende (chronisch-wiederkehrende) Angioödeme

Hiermit erkläre ich,

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dass ich zusammen mit meinen Eltern/Sorgeberechtigten bzw. Betreuern über die Studie informiert wurde. Mir wurde erklärt, was es für mich heißt an der Studie teilzunehmen und ich konnte Fragen stellen. Ich weiß, dass ich jederzeit ohne den Grund erklären zu müssen, meine Teilnahme an der Studie beenden kann. Ich weiß, dass ich das Recht habe, zu jeder Zeit die Informationen zu erfahren, die von mir in der Registerdatenbank gespeichert werden.

Ich bin bereit, an der Registerstudie teilzunehmen.

Ich bin einverstanden damit, dass meine Angaben erhoben und, für andere unkenntlich gemacht, elektronisch gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Ich bin auch damit einverstanden, dass die Ergebnisse veröffentlicht werden.

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Teilnehmers/in

Hiermit erklären wir uns damit einverstanden, dass unser Kind unter den o. g. Bedingungen an der Registerstudie teilnimmt.

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern/Sorgeberechtigte

Hiermit erkläre ich, dass o.g. Teilnehmer/in und seine Eltern/Sorgeberechtigten bzw. Betreuer über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Registerstudie aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben wurde.

Berlin, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Prüfarztes/-ärztin

Solltest du noch Fragen zu der Studie haben, zu deinen Aufgaben und deinen Rechten als Teilnehmer:in oder solltest du nicht mehr mitmachen wollen, dann wende dich bitte an folgende Person:

*Kontaktinformation vom Zentrum bitte hier angeben.*