

ID (des Kindes / Jugendlichen) _____

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
St. Josef-Hospital**

Direktor Prof. Dr. med. T. Lücke
Alexandrinestraße 5
44791 Bochum

Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de 0234/509-57010/2847

Katholisches Klinikum Bochum


St. Josef-Hospital
UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

„ChildMask - Schutzmaske für Kinder / Jugendliche mit verbesserten Tragekomfort und Infektionsschutz“

Einwilligungserklärung

Name Ihres Kindes
in Druckbuchstaben: _____
Studienteilnehmer/in

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

[] Wir / Ich habe/n einen schriftlichen Aufklärungs- / Informationsbogen am
_____ erhalten und verstanden.

[] Wir / Ich sind/ bin mit der Teilnahme unseres/meines Kindes _____
(Vorname) an der Studie „ChildMask – Schutzmasken für Kinder / Jugendliche mit
verbesserten Tragekomfort und Infektionsschutz“ und der Durchführung aller
Untersuchungen – wie im Aufklärungsbogen beschrieben – einverstanden.

[] Alle unsere/ meine offenen Fragen, sofern vorhanden, wurden in einem ausführlichen
Gespräch beantwortet. Wir / Ich hatte/n ausreichend Zeit uns darüber Gedanken zu machen.
Wir / ich stimme/n allen Untersuchungen – wie besprochen – zu.

[] Mein Kind erhält eine umfassende medizinische Basisuntersuchung. Das Wissen um oder
der Verdacht auf eine mögliche Erkrankung stellt unter Umständen nicht nur eine starke
psychische Belastung dar, sondern bringt auch ggf. Nachteile bei bestimmten rechtlich
erheblichen Handlungen, wie z. B. bei Abschluss einer Lebens- oder Krankenversicherung oder
eines Arbeitsvertrages mit sich.

Dennoch möchten wir/ ich über die erhobenen Befunde der umfassenden medizinischen
Basisuntersuchung mündlich informiert werden: **nein** **ja**

[] Wir / Ich sind/ bin uns/mir bewusst, dass die Teilnahme unseres/ meines Kindes an der
Studie freiwillig ist und unser/mein Kind oder wir/ich die Teilnahme an der Studie jederzeit
ohne Angaben von Gründen abbrechen kann/können ohne das unserem/ meinem Kind oder
uns/mir daraus Nachteile in der Behandlung entstehen.

[] Wir/ ich sind/ bin mit der Verwendung der Daten, die im Rahmen der o.g. Studie
(„ChildMask“) erhoben werden, zu Studienzwecken einverstanden. Die Daten unterliegen
dem Datenschutzgesetz (s.u.) und dürfen nur pseudonymisiert veröffentlicht werden.

ID (des Kindes / Jugendlichen) _____

**Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin
St. Josef-Hospital**

Direktor Prof. Dr. med. T. Lücke
Alexandrinestraße 5
44791 Bochum

Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de 0234/509-57010/2847

Katholisches Klinikum Bochum



[] Wir/ ich sind/ sind damit einverstanden nach 6 – 12 Monaten für die Teilnahme am zweiten Teil der Studie erneut kontaktiert zu werden.

Datenschutz

[] Wir/ Ich willige/n ein, dass für den Zweck der oben genannten Studie die personenbezogenen Daten unseres/meines Kindes, insbesondere Angaben über die Gesundheit, erhoben und in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum im St. Josef Hospital aufgezeichnet werden. Diese Daten dürfen nur in pseudonymisierter (d.h. verschlüsselter) Form zur wissenschaftlichen Auswertung genutzt und veröffentlicht werden.

Die pseudonymisierten Daten werden in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität Bochum, Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum für 10 Jahre gespeichert.

Im Falle des Studienwiderrufs können/kann wir/ich entscheiden, ob die bereits erhobenen Daten unseres/meines Kindes gelöscht werden müssen oder in anonymisierter Form weiterverwendet werden dürfen.

Eine Kopie der Patienteninformation und der Einwilligungserklärung habe/n wir/ich erhalten. Das Original verbleibt beim Studienarzt.

.....
(Name Erziehungsberechtigte/r des Studienteilnehmers, Unterschrift, Datum)

.....
(Name Erziehungsberechtigte/r des Studienteilnehmers, Unterschrift, Datum)

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

.....
(Name zuständige/r Studienarzt/-ärztin, Unterschrift, Datum)