ID (des Kindes / Jugendlichen)
--------------------------------

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

Direktor Prof. Dr. med. T. Lücke Alexandrinenstraße 5 44791 Bochum Studien-kinderklinik@klinikum-bochum.de

Tel. 0234-509-57010/ 2847



## "ChildMask - Schutzmaske für Kinder / Jugendliche mit verbesserten Tragekomfort und Infektionsschutz"

IIIIEKUOIISSCIIULZ			
Einwilligungserklärung			
Name in Druckbuchstaben:			
Studienteilnehmer/in			
Liebes Schulkind,			
wenn Du bei der Studie mitmachen möchtest, unterschrei lachende Gesicht an. Du sagst uns damit, dass Du an de weißt, dass dies freiwillig ist. Du kannst aber auch später mehr an der Studie teilnehmen möchtest. Du wirst dadure	r Studie teilnehme r zu jeder Zeit sage	n möchtest und n, dass Du nicht	
Solltest Du Dich zu einem späteren Zeitpunkt dafür teilnehmen möchtest, dann kannst Du Dich an die in der Personen wenden. In der Teilnehmerinformation findest dzu Deinen Rechten im Hinblick auf Deine Daten.	Teilnehmerinforma	ation genannten	
Ich möchte an der Studie teilnehmen			
	☺	$\odot$	
(Datum und Unterschrift: der/des Studienteilnehmers)	Ja	Nein	
Ich möchte in 6 – 12 Monaten zusammen mit meinen Eltern g der Studie teilnehmen möchte.	efragt werden, ob icl	h am zweiten Teil	
	☺	⊜	
(Datum und Unterschrift: der/des Studienteilnehmers)	Ja	Nein	
Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und mich da Informationen verstanden hat, keine weiteren Fragen hat	<del>-</del>		
Name des/ der zuständigen Studienarztes/ -ärztin in Druc	kbuchstaben		
(Datum und Unterschrift: zuständige/r Studienarzt/ -ärzti	า)		
(Die Studienteilnehmer erhalten eine unterschriebene Kopie de	er Einwilligungserklär	ung. das Original	

(Die Studienteilnehmer erhalten eine unterschriebene Kopie der Einwilligungserklarung, das Original verbleibt im Ordner der Treuhänderin)