Universitätsklinikum
Erlangen

Einwilligungserklärung zur Teilnahme am CML-paed II Register

Leitung Prof. Dr. med. Markus Metzler, Kinder- und Jugendklinik Erlangen

Patient(in):	**Behandelnde Klinik:**
Name: Vorname: Geburtsdatum:	

Ich habe folgende Informationen gelesen und sowie als Kopie erhalten:

- ☐ Patienteninformation
- ☐ Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
- ☐ Einwilligungserklärung zur wissenschaftlichen Verwendung von Blut- bzw. Gewebeproben
- ☐ Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich bzw. mein Kind in das CML-paed II Register aufgenommen werden bzw. wird. Ich wurde über das Ziel und den Ablauf des Registers aufgeklärt und hatte ausreichend Zeit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass ich jederzeit weitere Auskünfte erhalten kann. Die Teilnahme am Register ist für mich bzw. mein Kind eine freiwillige Entscheidung und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, ohne dass daraus Nachteile entstehen.

Einwilligung des Patienten:

☐ **Patient:** Ich erteile meine Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

_____

Patient (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

Einwilligung der/des gesetzlichen Vertreter(s):

☐ **Beide Elternteile sorgeberechtigt:** Wir versichern, sorgeberechtigt zu sein und erteilen unsere Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

_____

Mutter (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

_____

Vater (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

☐ **Ein Elternteil sorgeberechtigt:** Ich versichere, dass ich allein sorgeberechtigt bin, und erteile die Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

_____

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

☐ **Sorgeberechtigt: Vormund/Pfleger:** Ich versichere als _____ eingesetzt zu sein und erteile meine Einwilligung zur Teilnahme am CML-paed II Register.

_____

Sorgeberechtigte(r) (Name, Vorname) Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt:

_____

Name, Vorname Unterschrift Ort, Datum (eigenhändig)