



**REGISTER FÜR
AUTOINFLAMMATORISCHE ERKRANKUNGEN (AID)**

Einwilligungserklärung

Bereitschaft zur Studienteilnahme: **ja** **nein**

Hiermit erkläre(n) ich/wir,

dass ich/wir schriftlich über die Bedeutung und Tragweite des Registers für autoinflammatorische Erkrankungen (autoinflammatory diseases = AID) informiert wurde(n) und Gelegenheit hatte(n), ggf. weitere Fragen zu klären. Das beiliegende Informationsschreiben habe(n) ich/wir erhalten und gelesen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mein/unser Kind oder mich/uns zurückziehen und einer Weiterverarbeitung der Daten jederzeit widersprechen kann/können.

Ort, Datum:

Name/Vorname des Kindes:

geboren am:

Bitte **Unterschrift des Kindes**, falls ≥ 14

Jahre: _____

Name/Vorname und Anschrift der Mutter:

Bitte **Unterschrift der Mutter**:

Name/Vorname und Anschrift des Vaters:

Bitte **Unterschrift des Vaters**:

Telefonnummern bei Rückfragen:

Einwilligung zur Datenverarbeitung



- Ich/wir willige(n) darin ein, dass die mich/uns oder mein/unser Kind betreffenden persönlichen Daten und medizinischen Befunde (Fragebogen und molekulargenetischer Befund) im Rahmen und zum Zweck der o.g. wissenschaftlichen Studie erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- Ich/wir willige(n) darin ein, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten aufgezeichnet, verschlüsselt (anonymisiert) gespeichert und ausgewertet werden und die Ergebnisse der Analyse anonymisiert veröffentlicht werden.

Ort, Datum:

Bitte **Unterschrift des Vaters:**

Bitte **Unterschrift der Mutter:**

Bitte **Unterschrift des Kindes**, falls ≥ 14 Jahre:

Diese Einwilligungserklärung wird in der Patientenakte Ihres Kindes aufbewahrt.

Ort, Datum:

Unterschrift des aufklärenden Arztes bzw. Ärztin:



**BIOBANKEN FÜR
AUTOINFLAMMATORISCHE ERKRANKUNGEN (AID)**

Einwilligungserklärung

Bereitschaft zur Studienteilnahme: **ja** **nein**

Hiermit erkläre(n) ich/wir,

dass ich/wir schriftlich über die Bedeutung und Tragweite der Biobank für autoinflammatorische Erkrankungen (autoinflammatory diseases = AID) informiert wurde(n) und Gelegenheit hatte(n), ggf. weitere Fragen zu klären. Das beiliegende Informationsschreiben habe(n) ich/wir erhalten und gelesen. Ich/wir sind mit den Laboranalysen einverstanden und stimmen auch einer Lagerung des Materials in der Biobank für Forschungszwecke zu.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/wir meine/unsere Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mein/unser Kind oder mich/uns zurückziehen und einer Weiterverarbeitung der Daten widersprechen kann/können.

Ort, Datum:

Name/Vorname des Kindes:

geboren am:

Bitte **Unterschrift des Kindes**, falls ≥ 14 Jahre:

Name/Vorname und Anschrift der Mutter:

Bitte **Unterschrift der Mutter**:

Name/Vorname und Anschrift des Vaters:

Bitte **Unterschrift des Vaters**:

Telefonnummern bei Rückfragen:



Einwilligung zur Blutprobenentnahme und Datenverarbeitung

- Ich willige in eine Entnahme von Blutproben (einmalig EDTA zur Gewinnung von DNA, mehrmals Serum als Verlaufsparemeter) zu wissenschaftlichen Zwecken ein. Die aus diesen Blutproben gewonnenen Bestandteile dürfen gelagert und zu wissenschaftlichen Untersuchungen verwendet werden. Eine unmittelbare Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an den behandelnden Arzt erfolgt nur, sofern sich daraus unmittelbare Konsequenzen für mich/mein Kind ergeben. Diese Blutproben werden zum Zeitpunkt einer notwendigen Routineblutentnahme zusätzlich abgenommen.

Ich/wir willige(n) darin ein, dass die mich/uns oder mein/unser Kind betreffenden persönlichen Daten und medizinischen Befunde (Fragebogen, molekulargenetischer Befund, Laborbefunde) im Rahmen und zum Zweck der o.g. wissenschaftlichen Studie erhoben und verarbeitet werden dürfen.

Ich/wir willige(n) darin ein, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten aufgezeichnet, verschlüsselt (anonymisiert) gespeichert und ausgewertet werden und die Ergebnisse der Analyse anonymisiert veröffentlicht werden.

Ort, Datum:

Bitte **Unterschrift des Vaters**:

Bitte **Unterschrift der Mutter**:

Bitte **Unterschrift des Kindes**, falls ≥ 14 Jahre:

Diese Einwilligungserklärung wird in der Patientenakte Ihres Kindes aufbewahrt.

Ort, Datum:

Unterschrift des aufklärenden Arztes bzw. Ärztin:
