

FAR01**Fanconi Anemia Registry 01**

Registerleitung:
Prof. Dr. med. Christian Kratz
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Medizinische Hochschule Hannover
Sekretariat: 0511-532-6711

**Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Prof. Dr. med. Christian Kratz**

Registerleitung:
Prof. Dr. med. Christian Kratz

Registerkoordination:
Christina Dutzmann
Telefon: 0511 532- 6738
Fax: 0511 532-161026
dutzmann.christina@mh-hannover.de
FA-GPOH1@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Einwilligung für Patienten von 12-17 Jahren zur Teilnahme am Register FAR01

Name, Vorname des/der Patienten/in

Geburtsdatum

Behandelnde Klinik

Ich willige ein, dass Informationen über meine Erkrankung sowie Blut und ggf. Tumorproben, wie in der Informationsschrift beschrieben, an das Register LFS-KPS-R01 weitergegeben werden, damit hieran über meine Erkrankung geforscht werden kann. Das Ziel der Forschung ist es, langfristig mehr über die Erkrankung zu lernen. Mit dem dadurch erlangten Wissen sollen zukünftig Betroffene besser behandelt werden können.

Mir wurde die Studie mündlich erklärt und ich habe die Informationsschrift gelesen. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Ich habe verstanden, dass ich erneut kontaktiert werde sobald ich 18 Jahre alt bin, damit ich dann entscheiden kann, ob ich weiterhin an der Studie teilnehmen möchte.

BESTÄTIGUNG DES/DER TEILNEHMERS/IN

Name des/der Patienten/in in Druckbuchstaben

Ort, Datum (von dem/der Patienten/in einzutragen)

Unterschrift des/der Patienten/in

BESTÄTIGUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES

Ich habe das Register FAR01 und die Begleitforschung inkl. der Patienteninformati-
on und der Einwilligungserklärung mit dem/der Patienten/in besprochen. Alle Fragen wurden umfassend beantwortet. Ich habe dem/der
Teilnehmer/in erklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich habe die Einwilligung des/der Patienten/in eingeholt.

Name der aufklärenden Person in Druckbuchstaben

Ort, Datum

Unterschrift der aufklärenden Person