Li-Fraumeni-Syndrom-
Krebsprädispositionssyndrom-
Register 01

Registerleitung:
Prof. Dr. med. Christian Kratz
Prof. Dr. med. Stefan Pfister

Prof. Dr. med. Christian Kratz
Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie der MHH
Telefon: 0511 532-6711
Fax: 0511 532-169020
kratz.christian@mh-hannover.de
Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Prof. Dr. med. Stefan Pfister
Hopp-Kindertumorzentrum Heidelberg
Pädiatrische Neuroonkologie, DKFZ
Universitätsklinikum Heidelberg
Telefon: 06221 42-4617
Fax: 06221 42-4639
s.pfister@dkfz.de
Im Neuenheimer Feld 580, 69120 Heidelberg

Einwilligungserklärung für Patienten von 12-17 Jahren zur Teilnahme am ADDRess Projekt im Rahmen des Li-Fraumeni-Syndrom-Krebsprädispositionssyndrom-Register 01

_____ _____
Name, Vorname des/der Patienten/in Geburtsdatum

_____
Behandelnde Klinik

Ich willige ein, dass Informationen über meine Erkrankung sowie Blut, Knochenmark, Haut und Wangenschleimhaut von mir, wie in der Informationsschrift beschrieben, an das ADDRess-Projekt im Rahmen des 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 das Projekt 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 TEILNEHMENDEN

_____

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 ADDRess Projekt im Rahmen des LFS-KPS-Registers inkl. der Patienteninformation 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