

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 532-161026

E-Mail: [kratz.christian@mh-hannover.de](mailto:kratz.christian@mh-hannover.de)

Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Prof. Dr. med. Stefan Pfister

Hopp-Kindertumorzentrum Heidelberg  
Pädiatrische Neuroonkologie, DKFZ

Telefon: 06221 42-4617

Fax: 06221 42-4639

E-Mail: [s.pfister@dkfz.de](mailto:s.pfister@dkfz.de)

Im Neuenheimer Feld 580, 69120 Heidelberg

**Einwilligungserklärung für Patienten von 12-17 Jahren zur Teilnahme am  
Liquid Biopsy Projekt im Rahmen des Krebsprädispositionssyndrom-Register 01  
- Selbstregistrierung -**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des/der Patienten/in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich willige ein, dass Informationen über meine Erkrankung sowie Blutproben, wie in der Informationsschrift beschrieben, an das Register 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, entweder in einem telefonischen oder persönlichen Gespräch, 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 DER REGISTERÄRZTIN/DES REGISTERARZTES**

Ich habe das Liquid Biopsy Projekt im Rahmen des 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