

SurgWeek-2

SurgWeek-2

Eine kooperative internationale Kohortenstudie, die die Behandlungsergebnisse von operierten Patientinnen und Patienten erfasst

Einwilligungserklärung (Eltern / Erziehungsberechtigte)

#	Erklärung (bitte lesen)	Elternteil / Erziehungsberechtigte Person (bitte jedes Feld mit Kürzel oder Fingerabdruck bestätigen)
1	Ich habe die Patienteninformation zur oben genannten Studie (vom TT/MM/JJJJ, Version ____) gelesen bzw. sie wurde mir vorgelesen. Ich hatte die Gelegenheit, die Informationen zu überdenken und Fragen zu stellen.	
2	Ich verstehe, dass die Teilnahme meines Kindes an dieser Studie freiwillig ist und dass ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ich verstehe, dass ein Widerruf keine Auswirkungen auf die zukünftige medizinische Versorgung oder die Rechte meines Kindes hat.	
3	Ich erlaube den Forschenden, die Krankenakte meines Kindes einzusehen, um Informationen über seine Behandlung zu erhalten, und mich im Rahmen dieser Studie zu kontaktieren.	
4	Ich gebe meine informierte und ausdrückliche Einwilligung, dass die Daten meines Kindes im Rahmen dieser Studie verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass studienbezogene Informationen über mein Kind auf passwortgeschützten Computersystemen in Ihrem Krankenhaus sowie an der University of Birmingham in England gespeichert werden. Diese werden zur Sicherheit der Daten meines Kindes an einem separaten Ort gesichert.	
5	Ich willige ein, dass mein Kind an dieser Studie teilnimmt, nachdem ich umfassend über die Risiken, den Nutzen und die Alternativen aufgeklärt wurde.	

SurgWeek-2



NIHR Global Health Research Unit on
Global Surgery

NIHR | National Institute for
Health and Care Research



UNIVERSITY OF
BIRMINGHAM

Name des Kindes	Name der aufklärenden Studienleitung bzw. beauftragten Person
Name des Elternteils / der erziehungsberechtigten Person	Ich, die unterzeichnende Person, habe dem oben genannten Elternteil bzw. der erziehungsberechtigten Person Wesen und Zweck dieser Studie in verständlicher Weise ausführlich erläutert. Ich habe die damit verbundenen Risiken sowie den möglichen Nutzen erklärt. Ich habe die Person eingeladen, Fragen zu allen Aspekten der Studie zu stellen, die sie betrafen.
Verhältnis des Elternteils / der erziehungsberechtigten Person zum Kind	
Unterschrift (oder Fingerabdruck) des Elternteils / der erziehungsberechtigten Person	
Unterschrift (oder Fingerabdruck) des Kindes (falls zutreffend)	Unterschrift der forschenden Person
Datum der Unterzeichnung (oder des Fingerabdrucks) durch den Elternteil / die erziehungsberechtigte Person TT / MM / JJJJ	Datum der Unterzeichnung durch die forschende Person TT / MM / JJJJ