

Forschungsstudie

Computergestützte Bildanalyse in der Diagnostik von genetischen Erkrankungen

Einwilligungserklärung

Betroffene Person (z. B.)

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich durch (betreuende/r Studienarzt/Studienärztin) mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, Tragweite und Risiken der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der o.g. Studie informiert wurde und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Studienarzt/ärztin zu klären.

Ich habe auch insbesondere die mir vorgelegte Teilnehmerinformation verstanden und eine Ausfertigung derselben und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen und einer Weiterverarbeitung meiner Daten und Proben jederzeit widersprechen und ihre Löschung bzw. Vernichtung verlangen kann.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass molekulargenetische Untersuchungsergebnisse, die sich im Rahmen der Diagnosefindung ergeben, in pseudonymisierter Form an das Studienteam und Kollaborationspartner übermittelt werden dürfen, um die Güte der computergestützten Bildanalyse im Rahmen der Studie zu ermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Studienteilnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten/in

Hiermit erkläre ich, den/die o.g. Studienteilnehmer/in über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der o.g. Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der aufklärenden Studienarztes/-ärztin

Institut für Genomische Statistik und Bioinformatik
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53127 Bonn
www.igsb.uni-bonn.de

Versionsdatierung: 19. April 2018