

Vorname: _____
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Geburtsort: _____

Campus Lübeck
**Klinik für Dermatologie,
Allergologie und Venerologie**
Direktor: Prof. Dr. med. D. Zillikens

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Enno Schmidt
Oberarzt

Tel: 0451 / 500-2538

E-Mail: enno.schmidt@uksh.de

Sekretariat: Stephanie Latif

Tel: 0451 / 500-4698

Fax: 0451 / 500-2981

E-Mail: stephanie.latif@uksh.de

Internet: www.derma.mu-luebeck.de



zertifiziert nach
DIN EN ISO 9001:2008

**Schleswig-Holstein Register für bullöse
Autoimmundermatosen**

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG FÜR BETREUER/ELTERN
(Kopie zum Verbleib bei Ihnen)

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass (Bitte zutreffendes Ankreuzen)

- die persönlichen und aus den Krankenakten entnommenen Daten der von mir betreuten Person/ meinem Kind in einem Register gespeichert werden können
- die persönlichen und aus den Krankenakten entnommenen Daten der von mir betreuten Person/ meinem Kind in pseudonymisierter Form auch an Kooperationspartner außerhalb der Universität Lübeck weitergegeben werden können.
- ich/ die von mir betreute Person zur Gewinnung weiterer Informationen kontaktiert werden kann.
- ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zweck der Rückmeldung für die von mir betreuten Person/ mein Kind gesundheitsrelevanter Ergebnisse kontaktiert werde.
- der von mir betreuten Person 9 ml Blut (1 Röhrchen Serum, entspricht etwa 1 Esslöffel; bei Kindern 4 ml Blut, entspricht etwa 1 Teelöffel) für die Analyse der Autoantikörper entnommen werden.
- der von mir betreuten Person 9 ml Blut / 1 Esslöffel (1 Röhrchen EDTA-Blut, entspricht etwa 1 Esslöffel; bei Kindern 4 ml Blut, entspricht etwa 1 Teelöffel) für die genetische Analyse (Erbgut) entnommen werden.

Ich hatte ausreichend Zeit und Gelegenheit zur Entscheidung. Mir ist bekannt, dass durch eine Nichtteilnahme keinerlei Nachteile für die von mir betreute Person/ mein Kind entstehen.

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann, ohne dass der von mir betreuten Person/ meinem Kind daraus Nachteile entstehen. Das Blut der von mir betreuten Person/ meines Kindes würde dann nicht mehr verwendet und auf Verlangen vernichtet.

Eventuelle zusätzliche Fragen sind mir ausreichend beantwortet worden, denn ich hatte die Gelegenheit, mit einem/r Arzt/Ärztin alle wichtigen Fragen zu diskutieren.

....., den

Unterschrift (en)*:

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt:
(in Druckbuchstaben).....

*beide sorgeberechtigte Eltern falls zutreffend

Verantwortliche ärztliche Leitung

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Enno Schmidt, Lübeck

Administrative Leitung:

Diana Knuth-Rehr, Study nurse, Lübeck

