



LOGO Einrichtung

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Myokarditis-Register für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr
(durch die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten auszufüllen und zu unterzeichnen)**

Wie sind durch Frau/Herrn Dr. _____ über den Inhalt und den Zweck des Myokarditis Registers eingehend informiert worden und hatten ausreichend Gelegenheit, unsere Fragen hierzu zu klären. Wir wurden über Wesen und möglichen Nutzen aufgeklärt. Diese Informationen (Version 13.05) wurden uns auch schriftlich ausgehändigt. Uns ist bekannt, dass wir unsere Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen können, ohne dass uns dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Wir erklären uns mit der Teilnahme unseres Kindes am Myokarditis-Register des Kompetenznetzes Angeborene Herzfehler einverstanden und stimmen der pseudonymisierten Speicherung und Verarbeitung der Daten unseres Kindes zu. Hierzu entbinden wir den behandelnden Arzt von der Schweigepflicht und erlauben die elektronische Eingabe der zu erfassenden Daten in die Datenbank des Myokarditis-Registers. Wir stimmen der Veröffentlichung von Studienergebnissen in anonymisierter Form, die keinen Rückschluss auf die Person unseres Kindes zulassen, zu.	Ja <input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter des Registers mit mir/uns Kontakt aufnehmen.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name																										
Vorname																										
Geburtsdatum																										
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>																								
Straße, Nummer																										
PLZ					Wohnort																					
Telefon																										
email																										

Ort, Datum

Unterschrift der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten*

*Bei minderjährigen Patienten: Grundsätzlich sind die Unterschriften **beider** Sorgerechthinhaber notwendig. Liegt nur die Unterschrift eines Sorgerechthinhabers vor, versichert dieser gleichzeitig, dass dieser im Einverständnis des anderen handelt oder das alleinige Sorgerecht besitzt.

Hiermit erkläre ich, den/die o. g. Teilnehmer/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 **Arztes/Ärztin**