



## Einwilligungserklärung

zur Datenerfassung, Dokumentation und Gewebeasservierung im Rahmen des GPOH-MET-Registers

Patient(in):

Behandelnder Arzt und Klinik:

Name \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Patientenetikett

Stempel

### Einverständnis

Durch den behandelnden Arzt bin ich über den Zweck, den Ablauf, die Bedeutung des Registers sowie die Vorteile und Risiken, die damit verbunden sein können, aufgeklärt worden. Alle meine Fragen sind zur Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Teilnahme am GPOH-MET-Register zu überdenken und frei zu treffen. Ein Exemplar der Patienteninformation wurde mir zum Verbleib ausgehändigt.

### 1. Einwilligung in die Übermittlung, Speicherung und wissenschaftliche Auswertung personenbezogener Daten

Ich erteile hiermit das Einverständnis zur Übermittlung, Speicherung und wissenschaftlichen Auswertung meiner personenbezogenen Daten bzw. die meines Kindes. Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter des GPOH-MET-Registers Einblick in die Original-Krankenunterlagen nehmen kann und Befundkopien in den im Informationsbogen genannten Zentren archiviert werden dürfen. Ich stimme zu, dass Daten, die mich oder mein Kind betreffen (hierzu gehören insbesondere Krankheitsdaten aus den Krankenunterlagen) unter der Verantwortung der im Informationsbogen genannten Institutionen in der Studiendatenbank gespeichert, mit an der Studie beteiligten Kooperationspartnern und Projektleitern ausgetauscht und für Veröffentlichungen der Studienergebnisse in pseudonymisierter Form verwendet werden. Die elektronische Verarbeitung der Daten (Speicherung, Übermittlung, Veränderung, Löschung) erfolgt unter Beachtung der europäischen Datenschutz-Grundverordnung. Alle Personen, die Einblick in die gespeicherten Daten haben, sind zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.

Mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden:  Ja  Nein

### 2. Einwilligung in die Entnahme und Nutzung der Blut- und Gewebeproben

---

### Einverständniserklärung

zur Datenerfassung, Dokumentation und Gewebeasservierung im Rahmen des GPOH-MET-Registers

Ich bin damit einverstanden, dass -wenn möglich- mein Gewebe / Gewebe meines Kindes zur Erforschung von seltenen malignen Erkrankungen kostenfrei asserviert, zeitlich unbefristet gelagert und in ihren molekularen, genetischen, immunologischen und anderen, mit der Krankheit direkt verbundenen Merkmalen untersucht und gegebenenfalls für die Entwicklung neuer Behandlungsverfahren eingesetzt wird. Dieses schließt auch die Zusammenarbeit mit den im Informationsbogen genannten Kooperationspartnern ein. Falls bei der Tumorentfernung aus medizinisch chirurgischen Notwendigkeiten gesundes Gewebe mitentfernt werden muss, darf dieses als Vergleichsgewebe für die Untersuchung von Tumoreigenschaften eingesetzt werden. Eine medizinisch nicht notwendige Erweiterung des operativen Eingriffes erfolgt dazu nicht.

**Mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden:**     Ja     Nein

### 3. Aufklärung über den Widerruf der Zustimmung

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber den einleitend genannten Institutionen widerrufen kann. Dies hat keinen Einfluss auf die etwaige weitere ärztliche Behandlung. Der Widerruf führt zur sofortigen Löschung der Daten.

**Über die Möglichkeit meine Zustimmung zu widerrufen, bin ich aufgeklärt worden:**     Ja     Nein

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift des Patienten / der Patientin**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift des Sorgeberechtigten**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift des Sorgeberechtigten**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift / Stempel gesprächsführender Arzt**

*Original verbleibt in der Patientenakte.  
Bitte Kopie der Einwilligung an die Studienleitung senden.*