



Katholisches Klinikum Bochum gGmbH
NEUROLOGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK
(Klinikdirektor Prof. Dr. R. Gold)

Prof. Dr. K. Hellwig Gudrunstr. 56, D-44791 Bochum, Tel.: 0234/509-3921 Fax: 0234/509-3926

Einverständniserklärung zur Teilnahme am Register

Kinderwunsch und Multiple Sklerose

Name des Patienten (in Druckbuchstaben): _____

Geburtsdatum (in Druckbuchstaben): _____

Ich bin von Frau Prof. Dr. Kerstin Hellwig oder Ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern ausführlich und verständlich über die Studie und darin notwendige Untersuchungen, mögliche Belastungen und Risiken, sowie über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Verlaufsbeobachtung, sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe die Patienteninformation aufmerksam gelesen und verstanden.

Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte der zuständigen Behörde(n) beim Prüfarzt (Frau Prof. Dr. Kerstin Hellwig) Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Im Falle einer Abholung von Probenmaterial bin ich damit einverstanden, dass mein Name, meine Adresse, meine Telefonnummer und ggf. meine E-Mail-Adresse zwecks Vereinbarung eines Termins an den zuständigen Mitarbeiter der Transportfirma weitergegeben werden.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Sollten sich weitere Fragen zu meinem Krankheitsverlauf oder dem Gesundheitszustand meines Kindes ergeben, bin ich mit einer Kontaktaufnahme mit weiteren behandelnden Ärzten (z.B. Neurologe, Kinderarzt) einverstanden.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt beim Prüfarzt (Prof. Dr. Kerstin Hellwig).

Ich bin damit einverstanden, dass bei weiteren Fragen zum Krankheitsverlauf und Gesundheitszustand behandelnde Ärzte kontaktiert werden

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, an dem Projekt „Baby Connect“ teilzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, an dem Projekt „GENEActiv Sleep“ teilzunehmen.

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, Muttermilchproben abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, Spermaproben abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, meine Plazenta abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, Kapillarblutproben abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

Ich erkläre mich bereit, Kapillarblutproben (gestillten) meines Säuglings abzugeben

Ort und Datum

Unterschrift des Patienten

(Ort und Datum)

(Name und Unterschrift des aufklärenden Mitarbeiters)